



UNIVERSIDADE  
AUTÓNOMA  
DE LISBOA

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO**  
**UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA**  
**“LUÍS DE CAMÕES”**

**INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NUMA INSTITUIÇÃO**  
**PSICOGERIÁTRICA**

Relatório de Estágio para obtenção de grau de Mestre em Psicologia Clínica e de  
Aconselhamento

Autor: Gabriel José Magarreiro de Deus

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Gomes

Candidato N.º 30003383

**Dezembro de 2023**

**Lisboa**

## **Agradecimentos**

Toda a forma de gratidão é pouca para expressar o quão necessário foi o companheirismo, amizade, entajuda da pessoa que esteve sempre presente desde o primeiro momento e ao longo destes anos académicos. Obrigado Filipa Garcia pela partilha de todos estes momentos inesquecíveis.

Chegando ao fim desta jornada, gostaria também de agradecer à turma incrível que sempre teve um espírito camaradagem onde a partilha de desafios, conhecimentos, ideias e experiências ao longo deste tempo ajudaram não só a moldar a aprendizagem de todos, mas também o nosso crescimento individual e coletivo.

A todo o corpo docente, que fez com que esta caminhada fosse cheia de novas aprendizagens e reflexões sempre com um compromisso exemplar de dedicação e paixão pela transmissão do conhecimento.

Quero agradecer à Professora Doutora Ana Gomes que orientou a dissertação deste relatório. Obrigado pela compreensão, disponibilidade, dedicação e orientação exemplar foram fundamentais para o desenvolvimento deste relatório.

Agradeço à minha família que esteve sempre presente ao longo destes anos, nomeadamente à minha mãe, por todo o apoio incondicional.

Quero agradecer imensamente à minha orientadora de local de estágio, Psicóloga Mestre Paula Agostinho, pela orientação, empatia e conhecimentos compartilhados durante todo o período do estágio. As suas direções foram fundamentais para o meu desenvolvimento profissional.

## Resumo

O aumento da esperança média de vida, leva conseqüentemente ao envelhecimento da população mundial. Assim, esta temática é cada vez mais eminente na sociedade de hoje, sendo indispensável um estudo aprofundado da sua população em termos biopsicossociais, de forma a colmatar algumas das problemáticas a si associadas.

Assim, o presente relatório pretende não só consolidar o conhecimento adquirido academicamente, mas também trazer à luz algumas problemáticas do foro mental, emocional e social do adulto mais velho institucionalizado numa unidade de saúde e também de quem trabalha diretamente com esta população.

O estágio decorreu durante nove meses de atuação direta com utentes, mas também com ajudantes de enfermaria. Fizeram parte das minhas funções o acompanhamento psicológico semanal, estimulação cognitiva individualizada, facilitação de grupos psicopedagógicos, avaliação psicológica e neuropsicológica. Junto das ajudantes de enfermaria, foram dinamizadas sessões semanais intercaladas, de relaxamento e literacia, envolvendo temáticas psicoeducativas.

São detalhados alguns casos clínicos, um de acompanhamento psicológico à luz da *Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers*, um de avaliação psicológica, outro de estimulação cognitiva e o projeto de intervenção com as ajudantes de enfermaria.

De um modo geral, o trabalho elaborado na unidade de saúde que me acolheu teve uma avaliação positiva. Não só nas competências técnicas e práticas de uma intervenção psicológica, mas oferecendo-me uma experiência valiosa de competência humana, onde me permitiu desenvolver habilidades de cuidado, empatia e trabalho de equipa.

**Palavras-Chave:** psicogeriatría, envelhecimento, acompanhamento psicológico, demência, institucionalização.

## Abstract

The increase in average life expectancy has consequently led to the ageing of the world's population. As a result, this issue is increasingly prominent in today's society, and it is essential to study its population in depth in biopsychosocial terms in order to overcome some of the problems associated with it.

This report therefore aims not only to consolidate the knowledge attained academically, but also to shed light on some of the mental, emotional and social issues faced by older adults institutionalized in health units and those who work directly with this population.

The internship took place over nine months of working directly not only with the patients, but with the ward assistants as well. My duties included weekly psychological support, individualized cognitive stimulation, facilitating educational groups, psychological and neuropsychological assessment. Interspersed weekly relaxation and literacy sessions involving psychoeducational themes were organized with the collaborators.

Some clinical cases are detailed, one of psychological follow-up in the light of *Carl Rogers' Person-Centred Approach*, one of psychological assessment, one of cognitive stimulation and finally, the intervention project with the ward assistants.

In general, the work carried out in the health unit that welcomed me, was positively evaluated. Not only in terms of the technical and practical skills of a psychological intervention, but it also offered me a valuable experience in human competence, where I was able to develop caring skills, empathy and teamwork.

**Keywords:** psychogeriatrics, ageing, psychological support, dementia, institutionalization.

# Índice

AGRADECIMENTOS .....	I
RESUMO .....	II
ABSTRACT .....	III
ÍNDICE DE TABELAS .....	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	VII
ÍNDICE DE ABREVIATURAS .....	VIII
INTRODUÇÃO .....	9
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E REVISÃO DE LITERATURA .....	12
1.    CONCEPTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....	12
1.1.    Levantamento de necessidades / papel do psicólogo na unidade de saúde.....	13
1.2.    Atividades do estagiário de psicologia na Unidade de Saúde.....	14
1.3.    Ética e Deontologia no exercício da Psicologia.....	15
2.    ENVELHECIMENTO COMO PARTE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO.....	16
2.1.    Teorias do Envelhecimento.....	18
2.1.1.    Teoria da Atividade .....	19
2.1.2.    Teoria da Continuidade .....	19
2.1.3.    Teoria do Desenvolvimento Psicossocial.....	20
2.1.4.    Teoria de Otimização Seletiva com Compensação .....	21
2.1.5.    Teoria da Seletividade Socioemocional .....	22
2.2.    Envelhecimento demográfico da população .....	23
2.3.    Envelhecimento saudável.....	24
2.4.    Envelhecimento Patológico .....	26
2.5.    Psicopatologias associadas ao Envelhecimento.....	27
2.5.1.    Demências .....	27
2.5.1.1.    Doença de Alzheimer.....	29
2.5.1.2.    Demências Vasculares .....	31
2.5.1.3.    Demência Frontotemporal .....	33
2.5.2.    Depressão .....	35
3.    VISÃO DA PSICOPATOLOGIA ATRAVÉS DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA .....	37
4.    DESENVOLVIMENTO PSICO-AFETIVO .....	40
PARTE II – INTERVENÇÃO DE ESTÁGIO.....	42
1.    PLANO DE ESTÁGIO .....	42
1.1.    Objetivos .....	42
1.2.    Horário de Estágio .....	44
1.3.    Cronograma de Estágio.....	45
1.4.    Atividades desenvolvidas.....	46
1.4.1.    Acompanhamento psicológico .....	46
1.4.2.    Avaliação Psicológica/Neuropsicológica.....	47

1.4.3. Estimulação Cognitiva Individual (CogWEB).....	52
1.4.4. Grupos psicopedagógicos.....	54
1.4.5. Projeto cuidar o cuidador .....	56
1.4.6. Reuniões de Supervisão .....	65
1.4.7. Reuniões de Equipa.....	65
2. CASOS CLÍNICOS .....	67
2.1. Estudo de um caso de Reabilitação cognitiva.....	67
2.1.1. Breve apresentação do caso.....	67
2.1.2. Avaliação neuropsicológica .....	68
2.1.3. Plano de intervenção .....	69
2.1.4. O processo de reabilitação cognitiva.....	70
2.1.5. Análise clínica do caso .....	71
2.2. Avaliação Psicológica – Estudo de Caso Senhora I. C. ....	76
2.2.1. Apresentação do Caso Clínico .....	76
2.2.2. Entrevista Clínica e Anamnese .....	77
2.2.2.1. Identificação e Dados Sociodemográficos:.....	77
2.2.2.2. Observação e Exame do estado mental.....	77
2.2.2.3. Anamnese.....	78
2.2.2.4. História da Doença Atual.....	80
2.2.3. Avaliação Psicológica .....	81
2.2.4. Análise e Discussão Clínica .....	85
2.2.5. Reflexão final do caso .....	90
2.3. Acompanhamento Psicológico – Estudo de caso Senhora E. C. ....	92
2.3.1. Apresentação do Caso Clínico .....	92
2.3.2. Motivo do pedido .....	93
2.3.3. Entrevista Clínica e Anamnese .....	94
2.3.3.1. Identificação e Dados Sociodemográficos.....	94
2.3.3.2. Observação e exame do estado mental .....	94
2.3.3.3. Anamnese.....	94
2.3.3.4. História da Doença Atual.....	100
2.3.4. Acompanhamento Psicológico.....	101
2.3.5. Análise e Discussão Clínica .....	115
2.3.6. Reflexão Pessoal do Caso .....	120
PARTE III – CONCLUSÃO.....	122
1. DISCUSSÃO E REFLEXÃO FINAL .....	122
REFERÊNCIAS .....	125

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Horário Semanal

Tabela 2 – Cronograma de Estágio

Tabela 3 – Distribuição das temáticas de intervenção ao longo dos meses de estágio

Tabela 4 – Tempo atribuído a cada domínio cognitivo

Tabela 5 – Apresentação da Cotação do teste Mini-Mult

Tabela 6 – Apresentação da Cotação do teste de Rorschach

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 - Média por Subescala antes e depois da intervenção

Gráfico 2 – Percentagem de tempo atribuído a cada domínio cognitivo

Gráfico 3 – Evolução dos níveis correspondente aos exercícios de atenção

Gráfico 4 - Evolução dos níveis correspondente aos exercícios de Linguagem

Gráfico 5 - Evolução dos níveis correspondente aos exercícios de Cálculo

Gráfico 6 - Evolução dos níveis correspondente aos exercícios de Memória

Gráfico 7 - Evolução dos níveis correspondente aos exercícios de Funções Executivas

## **Índice de Abreviaturas**

ADAS – Alzheimer Disease Assessment Scale

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CID-11 - Classificação Internacional de Doenças 11ª Edição

COPSOQ - Copenhagen Psychosocial Questionnaire

DGS – Direção Geral de Saúde

DSM-V - Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais

GDS – Geriatric Depression Scale

INE – Instituto Nacional de Estatística

MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory

MMSE – Mini Mental State Examination

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

WHO – World Health Organization

## Introdução

O envelhecimento é um processo natural e inevitável que todos os seres humanos enfrentam ao longo da vida. Com o aumento da expectativa de vida e mudanças demográficas, a população idosa tem crescido significativamente em todo o mundo.

No ano de 2020, a população mundial de adultos mais velhos era de mil milhões de pessoas, o que representa 13,5% da população mundial de 7,8 mil milhões (WHO, 2020). Mundialmente, é esperado que se verifique o dobro de pessoas com 65 anos ou mais, passando de 761 milhões em 2021 para 1,6 mil milhões em 2050. Também nesse ano, prevê-se que uma em cada seis pessoas pertença a esta faixa etária (United Nations, 2023). Já a uma escala nacional, também se prevê um aumento significativo da população com idade igual ou superior a 65 anos, entre os anos de 2018 e 2080, passando de 2,2 para 3,0 milhões (INE, 2020).

O envelhecimento é um processo complexo influenciado por mudanças biológicas, sociais e psicológicas. A um nível biológico, o acúmulo de danos moleculares e celulares ao longo do tempo leva a perdas nas reservas fisiológicas, aumento do risco de doenças e declínio geral na capacidade do indivíduo (OMS, 2015). No entanto, essas mudanças não são lineares e não estão estritamente ligadas à idade em anos. Além das perdas biológicas, o envelhecimento também envolve mudanças nos papéis sociais e nas relações pessoais (Cabral & Ferreira, 2013; Carstensen, 2021).

Adultos mais velhos selecionam metas mais significativas, otimizam as suas habilidades com práticas e tecnologias novas, e adaptam-se a perdas de capacidades encontrando novas maneiras de realizar tarefas. As prioridades, motivações e preferências também mudam nesse processo. Algumas mudanças são resultado de adaptação à perda, enquanto outras refletem desenvolvimento psicológico e social contínuo (Papalia & Feldman, 2013; Baltes, 1997).

Essas mudanças psicossociais podem contribuir para um maior bem-estar subjetivo em idades avançadas. Ao abordar o envelhecimento na saúde pública, é essencial considerar não apenas como lidar com as perdas, mas também como reforçar a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial.

O envelhecimento populacional é uma tendência irreversível. Facto que advém não só da transição demográfica, ou seja, aumento da esperança média de vida juntamente com o ocorrência de famílias menos numerosas (United Nations, 2023), mas também do declínio da mortalidade infantil, diminuição da imigração e mudanças dos padrões familiares (WHO, 2022b; Ferreira et al., 2017).

Assim, fatores como os avanços na medicina, melhorias nas condições de saneamento, educação e acesso a cuidados de saúde contribuem para uma maior expectativa de vida e uma maior consciencialização da saúde, não só física mas mental (WHO, 2022b; Ferreira et al., 2017; Papalia & Feldman, 2013). Por sua vez, a redução da mortalidade infantil está associada a um aumento da sobrevivência até idades mais avançadas, contribuindo este fator também para o envelhecimento da população (WHO, 2022b). Similarmente, os baixos fluxos de migração podem influenciar a estrutura etária da população (WHO, 2022b, Cabral & Ferreira, 2013). Por último, a mudança de visão do conceito de família assim como aumento do número de famílias nucleares, menor tamanho das famílias e aumento da independência dos jovens influenciam a estrutura populacional (Lesthaeghe, 2010).

Embora, as políticas nacionais e internacionais de cuidados à pessoa idosa, comecem a ganhar forma é de um modo muito lento, tornando-se cada vez mais urgente atuar nesta população. É necessário melhorar a experiência do envelhecimento para que seja enfatizada com uma imagem positiva e ativa, para a erradicação do preconceito

contra esta faixa etária, facilitar o envolvimento de pessoas mais velhas em atividades sociais e favorecer o autocuidado (Simões, 2013).

O envelhecimento na vida do indivíduo, manifesta-se frequentemente através de sinais visíveis no rosto e em queixas emocionais, refletindo um período marcado por sofrimento, solidão, sensação de impotência e medo relacionados à possibilidade de serem institucionalizados e à ansiedade associada à aproximação da morte (Cabral & Ferreira, 2013; Greenblatt-Kimron, 2021).

Estes estados emocionais podem interagir de maneira complexa, exacerbando os riscos de desenvolvimento de psicopatologia e perturbações mentais, impactando negativamente a qualidade de vida do indivíduo (Wolkenstein et al., 2014).

Assim, o papel do psicólogo que trabalha diretamente com a população geriátrica, é desenvolver competências de relacionamento e oferecer um acompanhamento abrangente, abordando todas as dimensões psicológica, emocional, física, social e espiritual. O seu propósito é promover um envelhecimento ativo e saudável, facilitar a adaptação a essa fase da vida e prevenir o isolamento e a exclusão social. Esta intervenção ocorre por meio de projetos de educação, promoção da saúde e atividades que garantam práticas assistenciais visando a melhoria não só da sua qualidade de vida, mas também da dos cuidadores e familiares (OPP, 2020).

Esta é a população principal do local onde estagiei, que é supervisionado pela psicóloga responsável da unidade de saúde psicogeriátrica localizada no conselho de Cascais. Esta, acolhe idosos, maioritariamente com psicopatologia com as quais intervimos a nível de aconselhamento psicológico e dando continuidade a algumas atividades já implementadas dentro da instituição. Nomeadamente grupos psicopedagógicos, o Grupo de Autorrepresentação, onde algumas utentes dão voz às queixas e sugestões de melhorias de todas elas. Assim como o Grupo “Janela para o Mundo”, onde são recolhidas notícias

relevantes no mês, para elaboração de um folheto informativo que é difundido por todo o centro.

## **Parte I - Enquadramento Teórico e Revisão de Literatura**

### **1. Conceptualização e caracterização do Local de estágio**

A instituição que me acolheu para a realização deste estágio curricular, faz parte de uma congregação religiosa que fundou várias casas de saúde dedicadas à hospitalidade, assistência e cuidados especializados, tanto às pessoas com doença mental assim como outras pessoas em situações de sofrimento.

Assim, e mais especificamente, esta unidade de saúde, está situada no concelho de Cascais e classifica-se como uma instituição particular de solidariedade social (IPSS). Desde 1985 que presta serviços no âmbito da psiquiatria geriátrica. Preza pelos cuidados ao nível físico, psíquico, social e espiritual, ou seja, uma atenção integral profundamente humana e sempre com o máximo de respeito pelos direitos da pessoa assistida. Especializada na prestação de cuidados em psicogeriatría e demência, reabilitação psicossocial, reabilitação global e lesão cerebral com respostas especializadas em ambulatório, internamento e reabilitação (IHCPNSF, 2022).

Esta unidade de saúde, conta com uma equipa multidisciplinar composta por técnicos das áreas da psiquiatria, clínica geral, fisioterapia, enfermagem, farmácia, psicologia, fisioterapia, serviço social, terapia ocupacional, recursos humanos e psicomotricidade (IHCPNSF, 2022).

Esta equipa interdisciplinar é responsável pela construção do plano de intervenção individual, que para além do acompanhamento médico e de enfermagem poderá envolver outras intervenções tais como: lúdico-recreativas, ocupacionais, reabilitação

física/funcional, apoio espiritual, reabilitação cognitiva, acompanhamento psicológico individual, grupos psicopedagógicos para utentes e familiares (IHCPNSF, 2022).

Quanto às valências disponíveis nesta unidade de saúde, são organizadas em estruturas de unidades de internamento no âmbito da psiquiatria geriátrica e na área de reabilitação física. Assim, dispõe de internamentos a curto, médio e longo prazo, no caso da psiquiatria geriátrica. E de curto e médio internamento para a área de reabilitação física e alívio do cuidador. Existe ainda a estrutura de ambulatório através de consulta externa de psiquiatria, psicologia e fisioterapia. Para além destas valências, existem ainda outras: administração, apoio administrativo de recursos humanos, departamento de formação, gabinete do utente, serviço pastoral da saúde, serviços sócio terapêuticos (ateliers ocupacionais, sala de fisioterapia, serviços socioculturais), serviço de voluntariado, serviços gerais e manutenção (CPNSF, 2012).

Atualmente tem uma capacidade máxima de 86 utentes, estando totalmente preenchida. A idade dos utentes varia entre os 62 e 99 anos. As patologias mais frequentes são as demências, AVC's e outras perturbações mentais.

### **1.1. Levantamento de necessidades / papel do psicólogo na unidade de saúde**

Sendo o âmbito do estágio no serviço de psicologia é pertinente detalhar quais as áreas em que este departamento atua dentro da instituição. Assim, este sector inicia a sua intervenção aquando a receção de uma nova utente. Onde é efetuada uma avaliação psicológica, normalmente através da aplicação de escalas cognitivas e funcionais. Desta forma, pretende-se avaliar o estado cognitivo e grau de dependência funcional, e assim sugerir no plano terapêutico as intervenções mais adequadas à melhoria do bem-estar da utente (CPNSF, 2012).

No que concerne o apoio individual, tanto em consulta externa e de internamento, é também da responsabilidade deste departamento, prestar serviço de acompanhamento psicológico ao utente, fazer avaliação psicopatológica, de personalidade e neuropsicológica e intervir ao nível da reabilitação cognitiva (CPNSF, 2012).

É ainda da responsabilidade deste departamento facilitar grupos psicopedagógicos como o grupo “Janela para o mundo”, onde algumas utentes recolhem notícias durante a semana para elaboração de um folheto mensal com a seleção mais significativa das mesmas. Assim como, o grupo de autorrepresentação, em que são feitas sugestões de melhoria do funcionamento do centro e melhoria do bem-estar das utentes (CPNSF, 2012).

Por último, orientar estágios de psicologia e fazer a gestão do departamento da formação da instituição. O psicólogo participa ainda nas reuniões clínicas semanais, coordena o departamento de investigação e é membro da comissão de ética da mesma (CPNSF, 2012).

## **1.2. Atividades do estagiário de psicologia na Unidade de Saúde**

O papel do estagiário envolve, de uma forma geral, uma combinação de observação, assistência direta aos utentes e aprendizagem. Para isso, as atividades desenvolvidas têm um cariz fundamental na promoção de competências que permitam desempenhar da melhor forma este papel.

Assim, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio foram:

- Intervenção ao nível da estimulação cognitiva individual utilizando um programa informático CogWeb e elaborar os registos de cada sessão;
- Fazer o acompanhamento psicológico de casos e registos da sessão;
- Aplicar testes de avaliação psicológica e neuropsicológica;

- Facilitar grupos psicopedagógicos, elaborar as atas e registos de cada sessão;
- Preparar e dinamizar sessões psicoeducativas e de relaxamento com as auxiliares de enfermaria, fazendo o registo com o resumo de cada sessão;
- Participar na reunião semanal de equipa com todos os técnicos da unidade de saúde;
- Participar nas reuniões de supervisão de casos com a orientadora de estágio.

### **1.3. Ética e Deontologia no exercício da Psicologia**

A ética e a deontologia são fundamentais no exercício da psicologia, uma vez que os psicólogos lidam com questões delicadas e confidenciais relacionadas à saúde mental e ao bem-estar das pessoas.

Os princípios gerais presentes no código deontológico do psicólogo são um conjunto de diretrizes amplamente aceites na prática da psicologia, baseadas na natureza humana e na filosofia secular desta prática. São considerados intuitivamente corretos e adaptáveis na resolução de questões éticas. Esses princípios são inspirados nas características naturais das pessoas e servem de base para intervenções psicológicas (OPP, 2016).

O primeiro princípio fala sobre o respeito pela dignidade e direitos da pessoa, referindo que os psicólogos devem honrar as decisões e os direitos da mesma, desde que esses sejam fundamentados em racionalidade e respeito mútuo. Não devem discriminar os seus clientes com base em critérios não relacionados aos problemas apresentados e devem, por meio da sua atuação, incentivar a autonomia dos clientes (OPP, 2016).

O segundo princípio respeita a competência, e diz que os psicólogos devem praticar a sua profissão com base em princípios técnicos e científicos, apoiados por uma formação adequada e atualização constante (OPP, 2016).

A responsabilidade está presente no terceiro princípio, sugerindo que os psicólogos devem estar cientes das implicações do seu trabalho nas pessoas, na profissão e na sociedade em geral. Devem avaliar a fragilidade dos seus clientes, respeitando a sua vulnerabilidade, e promover e dignificar a sua profissão (OPP, 2016).

A integridade é também um parâmetro importante, que segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016), é necessária uma fidelidade aos princípios da atuação da profissão. Os conflitos de interesse devem ser evitados sempre que possível e, quando surgem, devem-se trabalhar para serem resolvidos de acordo com as obrigações profissionais.

O último princípio, beneficência e não-maleficência, refere que os psicólogos devem auxiliar os seus clientes na promoção e proteção dos seus interesses legítimos, evitando prejudicá-los por ação ou omissão durante a intervenção psicológica (OPP, 2016).

Existe ainda um fator primordial no que toca a ética e deontologia da prática profissional de um psicólogo, a privacidade e confidencialidade. É necessário garanti-las em todas as informações relacionadas ao cliente, obtidas direta ou indiretamente, incluindo a existência de uma relação terapêutica. O cliente também deve estar ciente das situações em que a confidencialidade pode ter limitações éticas ou legais.

## **2. Envelhecimento como parte de Desenvolvimento Humano**

O envelhecimento populacional é cada vez mais evidente na nossa sociedade. A esperança média de vida tem vindo a aumentar em virtude de melhoria das condições

sanitárias, da nutrição, do progresso da medicina e nos cuidados com a saúde (Cerqueira-Santos et al., 2021). Estes são alguns dos motivos, que levaram a um aumento do interesse da ciência por tópicos relacionados com este tema nas últimas décadas.

Segundo a OMS, e no campo de cariz biológico, entende-se por envelhecimento o impacto de diversos danos a nível celular e molecular que é verificado ao longo do tempo. Estes, podem levar a incapacidades físicas e mentais, um maior risco de doença, e por fim à morte. Porém, estas mudanças não são lineares nem conscientes e estão associadas a outras alterações e transições da vida do indivíduo, tais como a reforma, mudança de habitação, morte de pessoas significativas, entre outras (WHO, 2022).

Porém, o envelhecimento sofre influências não só biológicas, mas também ontogenéticas e psicossociais (Tomé & Formiga, 2020). Existem várias teorias desenvolvidas para compreender o processo de envelhecimento e as mudanças psicológicas que ocorrem ao longo da vida. Contrária à ideia que persistiu até à primeira metade do século XX, onde a psicologia assumia que a velhice era apenas uma fase de declínio intelectual e física (Neri, 2006). Para os teóricos atuais, o processo de envelhecimento é transacional e dinâmico (Tomé & Formiga, 2020) afetando não apenas o corpo, mas todo o indivíduo de uma forma holística.

Assim, aspetos e desafios psicológicos na psicogeriatría podem trazer ao adulto mais velho um défice de bem-estar emocional por enfrentarem paradigmas como solidão, depressão e ansiedade (Alves et al., 2021). Fatores estes, advindos de adaptações necessárias a mudanças repentinas na sua vida, tais como reforma, perda de entes queridos e declínio do estado de saúde geral (Vladimirovna, 2023). A mudança e declínio do estatuto social, perda de papéis sociais importantes e estreitamento do mundo social podem trazer isolamento e desconexão possibilitando a degradação da saúde mental do sujeito (Vladimirovna, 2023; Carducci & Nave, 2020).

A experiência do declínio físico e cognitivo que ocorre durante esta fase da vida pode levar os indivíduos a selecionar estratégias para atingir objetivos que otimizem as suas capacidades. Conceitos como autoestima e autoimagem podem ser afetadas à medida que as pessoas envelhecem, especialmente quando ocorrem mudanças físicas. Encontrar significado e propósito na vida continua a ser importante à medida que as pessoas envelhecem. Participar de atividades significativas pode contribuir para uma sensação de realização (Carducci & Nave, 2020).

Em suma, todos estes fatores têm um impacto na vida do sujeito influenciando o seu bem-estar. As formas de *coping* de cada indivíduo, perante todas estas novas dinâmicas fazem parte do desenvolvimento do ser humano e são cruciais para um envelhecimento saudável.

## **2.1. Teorias do Envelhecimento**

As teorias do envelhecimento abrangem um campo multifacetado de investigação que busca compreender os processos biológicos, psicológicos e sociais que acompanham a trajetória de vida humana. Estas teorias procuram desvendar as causas subjacentes ao envelhecimento, as mudanças que ocorrem ao longo do tempo no organismo e as variáveis que determinam a longevidade.

As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas e por esse motivo o envelhecimento do ser humano é considerado um campo interdisciplinar envolvendo fenómenos fisiológicos, psicológicos e sociais (Alves et al., 2021). Assim, o estudo do envelhecimento visa proporcionar compreensões valiosas não apenas para o entendimento do processo de envelhecer, mas também para o desenvolvimento de estratégias que possam melhorar a qualidade de vida dos adultos mais velhos.

Não existe um marco específico que defina o início do envelhecimento do indivíduo, este é um processo contínuo e progressivo de alterações naturais que começam na idade adulta. Devido a todos os fatores já mencionados, existe neste momento um investimento maior nos estudos e pesquisas que envolvem a área de gerontologia, surgindo várias teorias com bases biológicas, sociais e psicológicas (Alves et al., 2021).

### **2.1.1. Teoria da Atividade**

Segundo a Teoria da Atividade de Havighurst e Albrecht, a satisfação com a vida está diretamente relacionada a uma permanência ativa do adulto mais velho, para assim preservar e manter a sua saúde e autoestima (Berger & Poirier, 1995 como citado em Barbosa, 2016).

Estes, proclamam que a o estilo de vida do sujeito nesta fase da vida, deve ser de alguma forma mantido e adaptado à nova realidade, isto significa continuar envolvido em atividades que promovem um senso de realização, propósito e interação social. Atividades estas que passam por adaptação a novos papéis e responsabilidades, adotar hábitos saudáveis e manter a vitalidade física, manter relacionamentos familiares e sociais, lidar com questões financeiras e envolver-se em atividades significativas (Havighurst, J., 1963).

### **2.1.2. Teoria da Continuidade**

Esta teoria tem algumas similaridades com a teoria da atividade, foi desenvolvida por Robert Atchley, e tem como questão central se de facto a reforma e a participação em atividades de lazer fazem parte de uma crise, ou se pelo contrário são apenas uma continuidade da vida do adulto mais velho (Fontoura et al., 2015).

No fundo, enfatiza a necessidade do indivíduo preservar a sua conexão entre o presente e o passado, assim como manter estruturas externas e internas (Tomé & Formiga, 2020).

Assim, Atchley (1989) define atributos psicológicos como as atitudes, ideias, valores, princípios, interesses preferências, como a continuidade interna a manter. Sendo a estrutura externa, o meio social e físico do sujeito que vai auxiliar a manutenção e sustentabilidade da estrutura interna, a sua personalidade, interesses e estilos de vida ao longo do envelhecimento.

### **2.1.3. Teoria do Desenvolvimento Psicossocial**

Esta é uma teoria que analisa o desenvolvimento humano ao longo da vida, propondo que os indivíduos passam por vários estágios ao longo da sua vida, cada um marcado por um conflito psicossocial (Carducci & Nave C. S., 2020).

Erikson, um psicólogo e psicanalista, sugere que o funcionamento do ego é caracterizado pelo desenvolvimento psicossocial do sujeito. Ou seja, o ego desenvolve-se à medida que resolve, com sucesso, crises que são de natureza social. Estas crises, estão organizadas em oito estágios de desenvolvimento e baseiam-se na obtenção de uma harmonia entre as necessidades do indivíduo e as expectativas da sociedade (Erikson, 1964, como citado em Veríssimo, 2002). Se estas crises são ultrapassadas de forma positiva erguer-se um ego mais consistente e forte, por sua vez, com uma solução negativa o ego fica mais fragilizado. Desta forma, a cada crise, a personalidade vai se reestruturando e reformulando (Rebello & Passos, s.d.).

Segundo o autor, o último estágio da vida do indivíduo, ou seja, a última crise psicossocial surge no final da idade adulta e denomina-se integridade versus desespero. Durante esta fase, a principal tarefa do desenvolvimento é a de reflexão sobre a forma

como o seu ego se desenvolveu e rever as escolhas que fez ao longo dos anos (Carducci & Nave C. S., 2020).

Daqui, pode surgir um sentimento de integridade e contentamento ou, antes pelo contrário, de mágoa e insatisfação, estando estes sentimentos diretamente relacionados com a superação ou não das crises psicossociais de todos os estágios anteriores. As pessoas que experimentaram sucesso de estágios anteriores e alcançaram um certo grau de maturidade são mais propensas a sentir realização e aceitação, aceitando tanto as conquistas quanto os desafios. Já sentimentos de arrependimento, insatisfação e tristeza em relação às suas vidas podem ocorrer quando uma pessoa se depara com a sensação de que não realizou o que gostaria, ou não atingiu os objetivos desejados. O desespero pode resultar em sentimentos de amargura, raiva, medo da morte iminente e uma sensação geral de descontentamento (Rebello & Passos, s.d.; Leite & Silva, 2019 & Teixeira, 2006).

#### **2.1.4. Teoria de Otimização Seletiva com Compensação**

Este modelo teórico envolve habilidades, que permitem ao indivíduo adaptar-se mais facilmente à permanente mutabilidade da vida, ou seja a sua evolução e declínio (Baltes, 1997).

Assim sendo, os recursos internos do adulto mais velho são direcionados para manutenção da saúde e de gestão de perdas. Por sua vez, na infância, os recursos são usados especialmente para o crescimento, enquanto que no começo da idade adulta, para otimizar a competência reprodutiva (Baltes & Smith; Jopp & Smith, 2006 como citado em Papalia & Feldman, 2013).

A Otimização, seleção e compensação podem auxiliar o sujeito na fase de vida adulta tardia a otimizar os seus recursos, ou seja, utilizar estratégias eficazes, adquirindo habilidades relevantes e procurando as condições mais propícias para alcançar as suas

metas; selecionar um número menor de atividades ou metas mais adequadas para concentrar os seus esforços, pois à medida que envelhecemos, enfrentamos limitações em termos de recursos, energia e tempo; e por último compensar as perdas referentes a declínios físicos, cognitivos e sociais associados ao envelhecimento, ou seja, procura de estratégias alternativas e adequadas para colmatar os défices que possam surgir, mantendo assim a continuidade e funcionamento normal do sujeito (Papalia & Feldman, 2013; Baltes, 1997; Tomé & Formiga, 2020).

### **2.1.5. Teoria da Seletividade Socioemocional**

Carstensen afirma, que esta é uma teoria do desenvolvimento ao longo da vida, baseada na capacidade humana única de monitorizar o tempo. Ao longo do processo de envelhecimento, e à medida que o indivíduo se depara com o fim, existe uma mudança motivacional. Os objetivos emocionalmente significativos têm prioridade sobre a exploração de novos estímulos ou relações menos profundas (Carstensen, 2021).

Segundo a autora, a interação social tem três objetivos principais: 1) é uma fonte de informação; 2) ajuda pessoas a desenvolverem e manterem uma noção de si próprias; 3) é uma fonte de prazer e conforto ou de bem-estar emocional (Carstensen 1991, 1995, 1996 como citado em Papalia & Feldman, 2013).

A componente social tem impacto no desenvolvimento do indivíduo, ao longo de toda a sua vida. Na primeira infância existe a necessidade de apoio emocional. Da infância ao período adulto jovem, dá-se ênfase à busca por informação. Na meia-idade as interações sociais assumem uma função reguladora das emoções, onde as pessoas procuram cada vez mais outras pessoas para auxílio na evolução e conservação do seu autoconceito e como uma fonte de bem-estar emocional (Papalia & Feldman, 2013).

A auto regulação emocional é um fator que prevalece ao longo de todo o ciclo de vida. O reconhecimento da finitude, a aceitação dos acontecimentos, a modificação dos significados das relações e a regulação das emoções, tornam as pessoas mais seletivas no que concerne situações que possam influenciar as suas emoções. Isto é, procuram experiências e relacionamentos que promovam emoções positivas e evitem as negativas (Carstensen, 1991).

## **2.2. Envelhecimento demográfico da população**

Aos dia de hoje, a esperança média de vida da população mundial aumentou significativamente. Todos os países do mundo estão a registar um crescimento do número de pessoa idosas. Em 2050, a população mundial de pessoas com 65 anos ou mais duplicará, prevendo-se que o número de pessoas com 80 anos ou mais triplique entre 2020 e 2050, atingindo 426 milhões (WHO, 2022).

Em Portugal, entre 2018 e 2080, o índice de envelhecimento quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens. Ou seja, o número de idosos (com 65 anos ou mais) passará de 2,2 para 3,0 milhões (INE, 2020).

Vários são os fatores contribuem para o envelhecimento demográfico. Uma baixa taxa de natalidade, fazendo com que a população jovem diminua em relação à população idosa. Melhoria na expectativa de vida, avanços na medicina, cuidados de saúde, saneamento básico e nutrição resultam numa expectativa de vida mais longa. Declínio da taxa de mortalidade, principalmente em relação a doenças que afetam os idosos, também contribui para o envelhecimento populacional. Assim como, mudanças sociais e económicas, uma vez que, em muitas sociedades as mulheres têm menos filhos, o que influencia a taxa de natalidade (Silva, 2022; Ferreira et al., 2017).

Com esta problemática surgem diversos desafios, pois a fragilidade e dependência do idoso, devido às alterações fisiológicas presentes no processo natural de envelhecimento, associadas ou não a patologia física ou psíquica, requerem obrigatoriamente um cuidado e atenção diária (Silva et al., 2021). Assim, surge a necessidade de cuidados de longa duração e conjuntamente cuidados formais dentro da nossa sociedade (Lambotte et al., 2018).

### **2.3. Envelhecimento saudável**

O envelhecimento saudável é importante para todos, e envolve proporcionar oportunidades para as pessoas continuarem a fazer o que valorizam ao longo da vida. Este, abrange atender às necessidades básicas, aprender, ter mobilidade, construir relacionamentos e contribuir para a sociedade (OMS, 2020).

Assim, algumas capacidades devem ser preservadas e estimuladas a bem de um envelhecimento saudável. As funcionais, que dependem das capacidades individuais e incluem: a capacidade intrínseca do indivíduo, o ambiente onde vive a pessoa, e como as pessoas interagem com o seu ambiente. As competências intrínsecas, que abrangem capacidades físicas e mentais da pessoa e contemplam: a mobilidade, os sentidos como visão e audição, a energia, o equilíbrio, a cognição e a saúde mental. Estas últimas, estão conectadas entre si e influenciam as capacidades funcionais da pessoa. Por exemplo, a audição desempenha um papel na comunicação, autonomia, saúde mental e cognição. Por último, a organização mundial de Saúde, apresenta o ambiente como um dos parâmetros a ter em conta para a promoção de um envelhecimento saudável, incluindo casa, comunidade e sociedade, equipamentos e tecnologias que facilitam as capacidades e habilidades das pessoas idosas, apoio emocional, atitudes, assistência e relacionamentos propiciados por outras pessoas e animais (OMS, 2020).

O envelhecimento saudável é afetado por fatores ao longo da vida e eventos globais. Assim, está também nas mãos da nossa sociedade e das políticas públicas, alcançar algumas melhorias de atuação a vários níveis que podem eliminar discriminação e trazer melhorias de condições socioeconómicas, visando a um envelhecimento saudável para todos (OMS, 2020).

Em Portugal, diversas iniciativas têm buscado promover o envelhecimento ativo e saudável. No entanto, ainda é necessário avançar para que essas ações efetivamente melhorem a saúde e qualidade de vida dos idosos, assegurando o respeito total à sua dignidade.

As condições de saúde são determinantes no envelhecimento ativo. Para assim estas serem preservadas, algumas medidas essenciais a serem tomadas, incluem incentivar hábitos alimentares e atividade física saudáveis, controlar o tabagismo, reduzir o consumo excessivo de álcool e abordar fatores sociais, económicos e ambientais que afetam a saúde em diferentes estágios da vida. Ações abrangentes nesses aspetos são cruciais para a promoção da saúde (SNS, 2017).

Porém, não só estes aspetos são importantes, uma vez que se torna cada vez mais relevante o papel da psicologia em encontrar formas de colaborar para um envelhecimento positivo e saudável, abordando aspetos emocionais, cognitivos e sociais que afetam a qualidade de vida dos idosos. Estes aspetos envolvem bem-estar geral e subjetivo, adaptação às mudanças e perdas, estimulação cognitiva e memória, melhoria nos relacionamentos (Detoni et al., 2021)

## **2.4. Envelhecimento Patológico**

Neste grupo populacional, existe um maior risco de surgirem várias patologias e psicopatologias, devido ao envelhecimento do organismo e às mudanças físicas, cognitivas e emocionais que ocorrem nesta fase da vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as doenças mais comuns na terceira idade incluem perda de audição, cataratas e erros de refração, dores nas costas e no pescoço e osteoartrite, doença pulmonar obstrutiva crónica, diabetes, depressão e demência. A idade avançada é também caracterizada pelo aparecimento de vários estados de saúde complexos, normalmente designados por síndromes geriátricas. Estes síndromes são frequentemente consequência de múltiplos fatores subjacentes e incluem a fragilidade, a incontinência urinária, as quedas, os delírios e as úlceras de pressão (WHO, 2022).

As principais doenças que afetam a população acima dos 60 anos, e que contribuem para que cerca de 23% da carga global de doença a um nível mundial, são as doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, alterações metabólicas como a diabetes, as neoplasias malignas, as doenças respiratórias crónicas, as doenças músculo-esqueléticas (como a artrose e a osteoporose), os distúrbios neurológicos e mentais, como a demência e a depressão (WHO como citado em Vieira, 2019).

Já em Portugal, segundo dados da DGS, as principais causas de morte de pessoas com idade superior a 65 anos, entre os anos de 2017 e 2019, deveu-se a doenças como tumores malignos, doenças associadas ao sistema respiratório e circulatório (DGS, 2022).

## **2.5. Psicopatologias associadas ao Envelhecimento**

À medida que o ser humano envelhece, também a sua saúde mental pode enfrentar desafios. Assim, várias doenças mentais podem afetar os idosos, e é importante estar ciente delas para garantir o bem-estar geral desta população intervindo de forma adequada e multidisciplinar.

As perturbações mentais comuns, são as que mais afetam a população de adultos mais velhos, e tais abrangem um conjunto de sintomas não psicóticos que geralmente estão ligados a estados de ansiedade, depressão, stress, insónia, cansaço, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Esses sintomas indicam situações de sofrimento mental e são altamente prevalentes, sendo considerados um dos principais desafios em termos de saúde pública global (Murcho et al., 2016; Yimam et al., 2014).

Todos estes fatores juntamente com o declínio das funções física, cognitiva e sensorial que conduz consequentemente à deterioração das capacidades funcionais, aumento do grau de dependência e baixa de autonomia (Espinoza et al., 2011; Barroso & Tapinhas, 2006) podem estar diretamente relacionados a quadros psicopatológicos mais severos tais como demências, depressão e mesmo quadros psicóticos, sendo estas as perturbações mentais que mais afetam o adulto mais velho (Carvalho & Fernandez, 2002, como citado em Barroso & Tapinhas, 2006; Papalia & Feldman, 2013; Borim et al., 2013).

### **2.5.1. Demências**

Segundo dados de 2021, estima-se que mais de 21 milhões de pessoas nos países da OCDE sofriam de demência. Assim, se as tendências atuais se mantiverem, este número duplicará até 2050, atingindo quase 42 milhões de pessoas em todos os países da

OCDE. No ano de 2021 em Portugal, cerca de 23 pessoas em cada 1000 habitantes sofria de demência e conseqüentemente, a expectativa até ao ano de 2050 é que este número aumente para 39,2 (OECD, 2021).

A Classificação Internacional de Doenças - 11ª edição, descreve demência como um síndrome resultante de doença cerebral, geralmente de natureza crónica ou progressiva, que envolve alterações em várias funções nervosas superiores, incluindo memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e raciocínio. Não se verifica mudanças no nível de consciência ou alerta, mas frequentemente ocorrem perturbações nas funções cognitivas, que podem ser acompanhadas, ou mesmo precedidas, por problemas no controlo emocional, comportamento social ou motivação (WHO, 2018).

O défice cognitivo não é apenas resultado do processo natural de envelhecimento, mas também pode impactar de forma significativa a capacidade independente de realizar atividades quotidianas. As informações disponíveis indicam que a deficiência cognitiva pode ser causada por doenças neurológicas ou médicas que afetam o cérebro, traumas, carência de nutrientes essenciais, uso prolongado de substâncias ou medicamentos específicos, ou exposição a metais pesados e outras substâncias tóxicas (WHO, 2018).

Assim, pessoas com demência podem apresentar dificuldades em áreas como memória, raciocínio, linguagem, habilidades motoras e comportamento. A doença de Alzheimer é uma das formas mais comuns de demência, mas existem outras, como demência vascular e demência frontotemporal, sendo estas as que mais afetam a população mais envelhecida (Lima et. al, 2020).

A intervenção do psicólogo é importante, no que toca a intervenção com pessoas com demência, e não deve ser desvalorizada, este deve ser experiente, empático e ter habilidades de escuta ativa. O seu papel envolve realizar intervenções com pacientes e

familiares para melhorar a qualidade de vida de todos, especialmente na terceira idade, evitando o sofrimento psicológico e físico causado por doenças demenciais. O objetivo do psicólogo é satisfazer as necessidades de afeto e auxiliar o paciente a modificar atitudes, emoções e comportamentos que prejudiquem o seu bem-estar (Cruz & Hamdan, 2008; Mota & Miranda, 2021).

#### **2.5.1.1. Doença de Alzheimer**

A doença de **Alzheimer**, representa cerca de 80% dos casos, e é caracterizada pela deterioração progressiva da memória, cognição e habilidades de pensamento (Mortby & Anstey, 2015). Os sintomas iniciais frequentemente incluem dificuldades de memória recente, confusão e dificuldade em realizar tarefas cotidianas (Sequeira et al., 2018).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria, a doença Alzheimer é caracterizada pelo desenvolvimento de déficits cognitivos, incluindo problemas de memória, linguagem, atividade motora e reconhecimento de objetos. As capacidades cognitivas são afetadas de maneira seletiva e em diferentes estágios da doença. A memória episódica é uma das primeiras a ser prejudicada, seguida pela memória semântica. Outros déficits envolvem atenção, consciência da própria deficiência e funções executivas. Além disso, a doença impacta negativamente o funcionamento social e profissional das pessoas afetadas (APA, 2013).

O Alzheimer é uma doença neurodegenerativa que se desenvolve ao longo dos anos devido a alterações nas proteínas Tau e Beta-amiloide no cérebro, causando danos silenciosos que levam à perda de memória e demência em estágios avançados. Os sintomas só se tornam perceptíveis após um período prolongado de progressão assintomática, quando o diagnóstico pode ser feito (Falco et al., 2016).

Dado que o Alzheimer não tem cura, a prevenção é fundamental. Isso envolve a adoção de um estilo de vida saudável, incluindo uma dieta equilibrada, controle de doenças como hipertensão e diabetes, abstinência de álcool e tabaco, exercícios físicos regulares e estímulo contínuo do cérebro (Jacinto, 2018 como citado em Bento et al., 2023). O tratamento da doença de Alzheimer visa retardar a sua progressão, preservando as funções intelectuais e motoras do paciente. Estudos sugerem que os melhores resultados ocorrem quando o tratamento é iniciado precocemente, ou seja, nas fases iniciais da doença (Aba & Varella, 2023 como citado em Bento et al., 2023).

A doença de Alzheimer é progressiva, e os seus sintomas intensificam-se ao longo do tempo. Após o diagnóstico, a sobrevida média geralmente varia entre 8 e 10 anos. O quadro clínico costuma ser dividido em quatro estágios distintos:

- a) O Estágio I da doença de Alzheimer, também conhecido como forma inicial, é caracterizado por alterações na memória, personalidade e habilidades visuais e espaciais. Os primeiros sintomas incluem pequenos lapsos de memória que afetam principalmente a memória de curto prazo (Bento et al., 2023).
- b) O Estágio II, também chamado de forma moderada, é caracterizado por dificuldades na fala, realização de tarefas simples e coordenação de movimentos, bem como agitação e insónia. Os sintomas incluem distúrbios de memória graves, dificuldades de orientação no tempo e no espaço, além da necessidade crescente de ajuda para atividades de vida diária. Também pode ocorrer uma crescente inquietação e agitação nos pacientes (Bento et al., 2023; Xavier et. al., 2022).
- c) Nos estágios avançados da doença de Alzheimer, especificamente no Estágio III, que é a forma grave, os pacientes enfrentam resistência para realizar tarefas diárias. Muitos deles dependem de cuidados contínuos, podendo necessitar de

cadeira de rodas ou ficarem acamados. Nesse estágio, não reconhecem familiares ou pessoas próximas, têm limitações severas em termos linguísticos, incontinência urinária e fecal, dificuldades para se alimentar e também apresentam deficiência motora progressiva (Caramelli et. al., 2022 como citado em Bento et al., 2023).

- d) No estágio IV da doença de Alzheimer, conhecido como estágio terminal, o paciente está restrito ao leito, não é capaz de se comunicar verbalmente (mutismo) e enfrenta dor ao engolir. Além disso, são comuns infecções recorrentes. Este estágio representa um estágio avançado e debilitante da doença (Bento et al., 2023).

No sentido de retardar a evolução dos sintomas neuropsicológicos degenerativos, causados pela doença de Alzheimer, é cada vez mais utilizado treino de funções cognitivas para estimular as mesmas. Têm sido utilizados várias técnicas de estimulação envolvendo o uso de programas de computador oferecendo uma abordagem versátil e personalizada para a reabilitação neuropsicológica. A estimulação cognitiva tem demonstrado melhorias funcionais e a redução dos efeitos de doenças degenerativas em idosos, resultando numa melhor qualidade de vida (Faria & Badia, 2015).

#### **2.5.1.2. Demências Vasculares**

Estas, representam um grupo de distúrbios neurodegenerativos que têm a sua origem em problemas circulatórios que afetam o cérebro, ou seja, são causadas por danos nos vasos sanguíneos que fornecem sangue ao cérebro, comprometendo assim a sua função adequada. Embora seja uma das principais causas de comprometimento cognitivo em idosos, esta categoria é frequentemente subdiagnosticada e subestimada (Román, 2005).

As demências vasculares têm uma gama variada de sintomas, resultantes de danos cerebrais causados por múltiplos pequenos acidentes vasculares cerebrais (AVCs) ou um único AVC significativo. Os sintomas englobam déficits cognitivos, como dificuldade de concentração, problemas de memória, resolução de problemas e linguagem. Sintomas neurológicos focais são comuns, como fraqueza num lado do corpo, dificuldades na marcha e perda de controlo da bexiga ou intestino (Gorelick et al., 2011).

Existem alguns critérios, segundo o DSM-V, para diagnosticar a demência vascular. Como declínio cognitivo substancial, ocorrente de uma deterioração significativa em apenas uma ou mais áreas cognitivas, como memória, atenção, linguagem, funções executivas e habilidades visuoespaciais. Esta deterioração pode ser percebida pelo próprio paciente, ou por alguém que informa sobre o seu estado ou através de uma avaliação objetiva. O critério seguinte afirma que o défice cognitivo resulta de uma perturbação vascular cerebral, que pode ser confirmado através de uma história documentada de acidente vascular cerebral que atenda aos critérios clínicos ou pela presença de lesões vasculares cerebrais clinicamente relevantes em exames de imagem cerebral, conforme avaliado por um profissional de saúde. Por último, os défices cognitivos têm um impacto significativo na capacidade de uma pessoa realizar atividades diárias de forma independente, muitas vezes requerendo assistência substancial para realizá-las (APA, 2013).

O diagnóstico e tratamento das demências vasculares são complexos devido à sua coexistência com outras formas de demência, como a doença de Alzheimer. Fatores de risco vascular, como hipertensão, diabetes, tabagismo e doenças cardíacas, desempenham um papel importante no desenvolvimento e progressão destas demências. A reabilitação é fundamental no tratamento, visando melhorar as funções cognitivas e neurológicas afetadas. Em certos casos, alguns medicamentos podem ser receitados para controlar

sintomas como depressão, ansiedade e agitação (Gorelick et al., 2011; O'Brien & Thomas, 2015).

### **2.5.1.3. Demência Frontotemporal**

A demência frontotemporal é a segunda doença pré-senil mais comum em pessoas com menos de 65 anos, sendo uma condição que afeta de 1 a 4 indivíduos a cada 100.000 anualmente, e possui uma prevalência de 15 a 22 indivíduos a cada 100.000 (Souza et al, 2022).

É uma doença neurodegenerativa que afeta principalmente os lobos frontal e temporal do cérebro. Geralmente, começa de forma gradual e insidiosa, com uma evolução lenta. Existem várias variações sintomáticas descritas, algumas das quais têm base genética ou familiar identificada. Essas variações incluem apresentações com alterações significativas na personalidade e comportamento, como disfunção executiva, apatia, declínio na cognição social, comportamentos repetitivos e mudanças na alimentação. Outras variantes envolvem déficits predominantemente linguísticos, abrangendo formas semânticas. Geralmente, a memória, a velocidade de pensamento e habilidades visuoperceptivas e visuoespaciais permanecem relativamente preservadas, especialmente nas fases iniciais da doença (WHO, 2018).

O diagnóstico da Demência Frontotemporal é baseado na identificação de um declínio cognitivo-comportamental progressivo. Existem três níveis de confiabilidade diagnóstica: diagnóstico possível (quando o paciente apresenta sintomas característicos, mas não tem evidências típicas em exames de imagem e não mostra declínio funcional), diagnóstico provável (quando além dos sintomas característicos, há prejuízo na autonomia e evidências de comprometimento frontotemporal em exames de imagem) e

diagnóstico definitivo (confirmado por alterações histopatológicas em biópsia cerebral, exame post-mortem ou mutação patogénica) (Rascovsky et al., 2011).

Para ser diagnosticado como possível ou provável, o paciente deve apresentar pelo menos três dos seis critérios clínicos: desinibição precoce, apatia ou inércia precoce, perda da empatia/simpatia precoce, comportamento estereotipado ou compulsivo/ritualístico precoce, hiperoralidade e alterações alimentares, além de um perfil neuropsicológico que demonstre disfunção executiva, com preservação relativa da memória episódica e das habilidades visuoespaciais. Os sintomas são considerados precoces se surgirem nos primeiros três anos após o início dos sintomas (Rascovsky et al., 2011).

A avaliação do desempenho cognitivo é essencial no diagnóstico da demência frontotemporal. Os critérios de diagnóstico de Rascovsky et al. (2011) destacam que os pacientes devem mostrar disfunção executiva, preservação relativa da memória episódica e conservação relativa das funções visuoespaciais. No entanto, a demência de Alzheimer também pode causar problemas executivos, tornando o diagnóstico mais desafiador. Além disso, alguns pacientes com demência frontotemporal também podem apresentar défices de memória episódica semelhantes aos da doença de Alzheimer. Portanto, para suspeitar de demência frontotemporal, é importante observar uma redução geral na eficiência cognitiva e um perfil de disfunção executiva mais pronunciado do que déficits na memória episódica (Souza et al, 2022).

### **2.5.2. Depressão**

Segundo o CID-11, as perturbações depressivas são caracterizadas por um humor depressivo (tristeza, irritabilidade, sensação de vazio) ou perda de prazer, acompanhados por outros sintomas cognitivos, comportamentais. Todos estes sintomas afetam significativamente a capacidade de funcionamento da pessoa.(WHO, 2018).

Por sua vez, o DSM-V, refere que o quadro depressivo é caracterizado pela presença dos sintomas típicos da depressão por pelo menos duas semanas, sem ultrapassar dois anos consecutivos sem intervalos e sem sintomas. Esses sintomas incluem humor deprimido, anedonia, fadiga, diminuição da concentração e autoestima, ideias de culpa e inutilidade, além de distúrbios do sono e apetite. Os critérios de diagnóstico exigem que esses sintomas causem prejuízo no funcionamento psicossocial ou causem sofrimento significativo. Pelo menos cinco dos critérios acima indicados devem ser consistentes com o quadro para preencher o diagnóstico de depressão (APA, 2013).

A depressão em pacientes idosos muitas vezes é diagnosticada tardiamente devido à dificuldade que ocorre em perceber sintomas atípicos. Além dos sintomas comuns, como irritabilidade, a depressão pode causar sintomas somáticos, levando a pensamentos paranoicos e ideação suicida recorrente (Fernandes et al., 2010).

Os fatores de risco associados a esta perturbação incluem, a idade avançada, a presença de doenças crónicas, a ansiedade, a falta de conexões sociais e de suporte emocional. Além disso, eventos estressantes na vida, como a morte do cônjuge ou outras perdas significativas, dores crónicas e o isolamento social, também são identificados como elementos que aumentam a probabilidade de desenvolver sintomas depressivos (Paradela, 2011).

O envelhecimento global da população tem levado a um aumento das doenças neurodegenerativas e da depressão, especialmente entre os idosos. A depressão é uma

doença de destaque global, mas o seu diagnóstico é desafiador devido à diversidade de sintomas que cada indivíduo apresenta (Nascimento et al., 2013).

Na população idosa, a depressão frequentemente está ligada à ansiedade e manifesta-se através de mudanças no sono, alimentação, falta de energia, perda de atenção, tristeza e pensamentos sobre o fim da vida. Quando os idosos residem em instituições, essa sintomatologia pode piorar devido a novas situações, como conviver com estranhos, sentimentos de dependência, isolamento do mundo exterior e sensação de serem esquecidos. Além disso, a depressão na população idosa surge devido a mudanças de fase na vida, como a diminuição das capacidades físicas e a impossibilidade de continuar a trabalhar, o que pode levar a sentimentos de debilitação (Nascimento et al., 2013; Oliveira & Gonçalves, 2020).

A depressão no idoso é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de problemas cognitivos e processo demencial. Isso ocorre devido a várias alterações no sistema hormonal, neurotransmissores e atividade cerebral, incluindo a diminuição da hormona estimuladora da tireoide, desequilíbrios nos neurotransmissores, como serotonina e noradrenalina, e mudanças vasculares. Estas mudanças culminam no surgimento de sintomas depressivos nos adultos maiores (Stella et. al., 2006).

Por vezes, é difícil distinguir entre a depressão e a demência, pois ambas podem apresentar sintomas semelhantes, como problemas cognitivos. Em alguns casos, no início do processo demencial, os sintomas depressivos, como aqueles observados na doença de Alzheimer, podem estar presentes (Stella et. al., 2006).

Através da visão de Carl Rogers e da abordagem centrada na pessoa, e sendo uma abordagem terapêutica que se concentra na pessoa como um todo, reconhecendo a sua individualidade, experiências e necessidades, é possível compreender que a depressão é uma experiência objetiva e subjetiva ao mesmo tempo, formando-se de maneira ambígua

a partir da interação entre ambas. Esta perspectiva procura entender o adoecimento psicopatológico, neste caso a depressão, como uma co-experiência, onde tanto a perturbação quanto a vivência do sujeito doente são considerados. Em resumo, a pessoa e a doença são interdependentes, e esta visão mais abrangente é fundamental para compreender a experiência de adoecimento de forma completa (Souza et. al, 2013).

Assim, a abordagem centrada na pessoa prioriza a visão holística da pessoa, não se limitando à sua condição de idoso ou a um diagnóstico específico, como a depressão. Ela busca compreender a complexidade dos fatores que podem contribuir para a depressão na fase adulta mais velha, concentrando-se na pessoa como um todo (Diettrich & Meurer, 2022).

Envolve entender como as questões de vida da pessoa a afetaram, como ela as interpreta e lhes dá sentido na sua própria mente, considerando o seu potencial interior. O objetivo principal é ajudar a pessoa a se adaptar a essas circunstâncias e a seguir em frente de forma autônoma (Diettrich & Meurer, 2022).

Existem várias estratégias que podem ser adotadas para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes idosos em situação depressiva. Assim, alguns autores recomendam a utilização combinada de psicoterapia, terapia medicamentosa, atividade física, reinserção social e apoio familiar (Ferraz et al., 2023).

### **3. Visão da Psicopatologia através da Abordagem Centrada na Pessoa**

A tendência formativa está presente em todo o universo, e pode ser observada nos astros, nos microrganismos, na vida orgânica e inorgânica e nos seres humanos (Hipólito & Nunes, 2000).

Este processo é inato e começa com a célula primordial, onde a tendência atualizante está presente. Neste desenvolvimento, estão incorporadas todas as

informações necessárias para alcançar o potencial pleno do organismo, incluindo características físicas e capacidades psíquicas, todas derivadas das informações genéticas herdadas. Isto ilustra como a tendência atualizante orienta a progressão desde a célula inicial até ao pleno desenvolvimento do ser vivo (Hipólito, 2011).

A tendência atualizante expressa-se em todos os seres humanos, impulsionando a atualização das condições e potencialidades necessárias para alcançar a autorrealização. Assim, neste contexto, a tendência atualizante é responsável por direcionar o desenvolvimento das capacidades individuais, promovendo tanto a autonomia quanto a sociabilidade do organismo. O objetivo subjacente é otimizar o crescimento, permitindo que as capacidades se desenvolvam de maneira apropriada para manter e aprimorar o ser humano (Rogers, 1983 como citado por Hipólito, 2011).

Este conceito está bem presente na visão sobre as psicopatologias de Rogers, uma vez que este sugere uma mudança significativa na abordagem de tratamento das mesmas. Anteriormente, havia uma ênfase no diagnóstico psicológico e nas terapias específicas, seguindo um modelo biomédico. No entanto, esta abordagem evoluiu para algo diferente. Agora, a atenção deslocou-se da perspectiva patológica para uma visão mais positiva, focando no movimento de auto-cura (Hipólito & Nunes, 2000).

Esta mudança de paradigma também se refletiu na abordagem diagnóstica. Onde, em vez de se concentrar apenas no diagnóstico de doenças ou problemas psicológicos, o sistema diagnóstico passou a considerar a existência de condições que poderiam promover o processo evolutivo da pessoa e das suas próprias capacidades de autorregulação. Sendo elas: 1) duas pessoas em contato psicológico; 2) o cliente estar em estado de incongruência, ou seja, de vulnerabilidade; 3) o terapeuta apresentar-se congruente e integrado na relação; 4) o terapeuta demonstrar um olhar incondicionalmente positivo em relação ao cliente; 5) o terapeuta compreende

empaticamente a perspectiva interna do cliente e comunica-a; 6) a comunicação da compreensão empática e do olhar incondicionalmente positivo para o cliente é alcançada (Hipólito & Nunes, 2000).

Para Rogers, não é crucial distinguir entre diversas doenças mentais, uma vez que todas elas seriam resultado de um modo de funcionamento desalinhado e inautêntico do indivíduo. Neste contexto, o destaque está na compreensão do desajuste subjacente e não tanto na categorização específica das diferentes patologias mentais, o que leva a uma perspectiva mais unificada no tratamento e na terapia (Joseph & Worsley, 2005, como citado em Souza et al., 2013; Warner, 2006).

Assim, a única fonte para a psicopatologia é a incongruência, e a sua cura reside nas condições necessárias e suficientes presentes na relação terapêutica. Rogers partia da crença de que cada pessoa possui intrinsecamente a capacidade de atingir o seu pleno desenvolvimento. Isso indicava uma abordagem centrada nas relações interpessoais como forma de promover a cura mental, baseada na convicção de que o potencial de crescimento reside dentro de cada indivíduo (Warner, 2006).

A perspectiva de Carl Rogers sobre psicopatologias levanta questões sobre o papel do paciente na terapia e provoca reflexões sobre a dicotomia entre saúde e doença nas concepções contemporâneas. A sua abordagem quebra com o modelo médico de classificação, que via a doença como um objeto a ser tratado, representando um avanço na compreensão das doenças mentais. No entanto, a sua proposta de tratamento assume a validade de um único método, centrado na relação interpessoal pessoa-a-pessoa (Souza et. al, 2013).

#### **4. Desenvolvimento Psico-afetivo**

A teoria do desenvolvimento humano na perspectiva da Abordagem Centrada na Pessoa, tem destaque no papel da compreensão das perturbações psicológicas. Para Carl Rogers, o conceito central é a "Tendência Formativa," que se manifesta desde o início da vida e se atualiza ao longo dela, transformando o indivíduo em pessoa. Esta ideia baseia-se na teoria organísmica, que postula que os organismos têm uma tendência inata para se auto-atualizar (Hipólito, 2011).

Rogers também incorpora conceitos como a tendência à auto-realização, que se manifesta em todo o desenvolvimento psico-afetivo. Sugerindo que, o desenvolvimento saudável envolve a realização de todas as potencialidades do ser humano até à maturidade. Ou seja, um organismo possui uma tendência formativa (tendência à complexidade), que por sua vez, ao longo da sua evolução vai adquirindo capacidades à tendência atualizante (tendência à hiper complexidade) e segue na procura da tendência à auto-realização (tendência hiper hiper complexidade) (Hipólito, 2011).

Como já mencionado, o processo de desenvolvimento começa com a célula primordial, que contém informações genéticas e psicológicas. O embrião é autónomo e controla o seu próprio desenvolvimento. Porém, o desenvolvimento saudável de uma célula embrionária requer condições favoráveis tanto do ponto de vista biológico quanto psicológico. Isso significa que fatores tanto físicos quanto emocionais desempenham um papel importante na formação saudável do embrião. Durante o desenvolvimento embrionário, o organismo é vulnerável a "traumas" que podem afetar as suas potencialidades e atualizações. No entanto, o desenvolvimento continua pois o embrião não depende de controlo externo, ele gere o seu próprio processo de complexificação até ao nascimento, através a um *locus* de controlo interno (Hipólito, 2011).

Durante a gestação, o sistema neurológico amadurece, dando origem ao *self* embrionário e às primeiras experiências sensoriais (Hipólito, 2011).

Após o nascimento, o processo de complexificação continua. O bebê percebe gradualmente as fronteiras do *self* orgânico e começa a reconhecer o mundo exterior e as figuras significativas, especialmente a mãe, assim como as não-significativas, ou seja os outros. Nesta fase surgem as condições de valor, onde o bebê se torna consciente da necessidade do amor materno. O bebê aprende que para receber o amor e aceitação da mãe, precisa moldar as suas percepções de acordo com as expectativas e valores dela. Isso cria uma necessidade de manter as condições que garantam o carinho e cuidado da mãe, ou seja, uma manutenção das condições de valor (Hipólito, 2011).

Essa consciência leva a uma dissociação entre a experiência interna (*locus* de controle interno) e o que é percebido externamente (*locus* de controle externo). Isso pode criar tensões entre o *self* percebido e o *self* desejado, quando não existe uma regulação adequada destas, podem surgir sintomas como uma redução da estima de si, levando a pessoa a não conseguir reconhecer ou expressar as suas emoções e sentimentos (Hipólito, 2011).

Por volta dos quatro aos oito anos, a criança desenvolve a capacidade de distinguir entre o "real" e o "imaginário." Traumas ao longo da vida nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, resultando em sintomas, que podem ser neuróticos ou somáticos. Esses traumas podem prejudicar a capacidade de distinguir entre o mundo real e o imaginário, levando ao que é chamado de psicose, caracterizada por sintomas induzidos pelos traumas (Hipólito, 2011).

A perda dessa discriminação pode resultar em perda de capacidade de relação e levar a situações físicas (coma) ou psicológicas (autismo, catatonia), culminando num estágio vegetativo sem vida psicológica (Hipólito, 2011).

Um desenvolvimento pleno é aquele em que o *self* organísmico coincide com o *self* real e o *self* ideal, sem traumas ou sintomas. A morte marca o fim deste processo, dando início a um novo ciclo (Hipólito, 2011).

Em resumo, a Abordagem Centrada na Pessoa de Rogers enfatiza a tendência inata ao desenvolvimento e a importância das experiências ao longo da vida na formação da personalidade e na compreensão das perturbações psicológicas.

## **Parte II – Intervenção de Estágio**

### **1. Plano de Estágio**

#### **1.1. Objetivos**

O objetivo deste estágio é aprofundar e fortalecer os conhecimentos teóricos sobre as problemáticas da população geriátrica, consolidar teorias e conceitos específicos da psicologia em geral e mais especificamente relacionados ao envelhecimento e à saúde mental em contexto psicogeriatrico.

Assim, é pretendido aplicar e desenvolver algumas competências técnicas de avaliação psicológica, aprender a avaliar quer ao nível do estado mental, quer emocional, permitindo a avaliação de distúrbios cognitivos, emocionais e comportamentais comuns nesta população, tais como processos demenciais, sintomatologia depressiva e de ansiedade e outras perturbações psicológicas.

Por sua vez, é também desejado desenvolver habilidades ao nível do acompanhamento psicológico assim como desenvolvimento de competências relacionais e técnicas, fortalecendo atitudes como a empatia e compreensão.

A colaboração com outros profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, ajuda a oferecer cuidados integrados e abrangentes às utentes, visando assim o melhoramento do bem-estar de vida das mesmas.

Objetivos do estágio, num contexto psicogeriatrico:

- 1) Adquirir mais conhecimento através da aplicação e cotação de instrumentos de avaliação psicológica e neuropsicológica, e integrar os seus resultados no processo de acompanhamento psicológico assim como na estimulação cognitiva individualizada.
- 2) Compreender e intervir através de estimulação de funções cognitivas com recurso ao software CogWEB. Assim como, aprofundar conhecimentos de como esta atividade pode auxiliar a retardar a evolução de sintomas de quadro demencial.
- 3) Aprofundar e utilizar conhecimentos da Abordagem Centrada na Pessoa contribuindo para o bem-estar psicológico das utentes através de acompanhamento psicológico;
- 4) Desenvolver competências de comunicação e de intervenção psicopedagógica em grupo, participando ativamente nas atividades: “Janela para o Mundo” e “Autorrepresentação”;

Em suma, é fundamental no trabalho do psicólogo que atua em contexto psicogeriatrico compreender e respeitar incondicionalmente as emoções do paciente, oferecendo respostas empáticas para promover a compreensão. Além disso, é importante respeitar o espaço do paciente e desenvolver habilidades para lidar com as suas fragilidades, reconhecendo que, por vezes, isso pode ser emocionalmente desafiador para o psicólogo.

## 1.2. Horário de Estágio

O estágio pressupõe um total de 400 horas, tendo início em outubro de 2022 e terminando em julho de 2023. A carga horaria inicialmente restringiu-se apenas a quarta e quinta-feira, no entanto devido a maior disponibilidade da minha parte e a necessidade da casa de saúde, foi incluída também a sexta-feira de manhã, de acordo com o horário seguinte:

	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
9h00	Estimulação cognitiva – W. R.	Reunião Clínica	Estimulação Cognitiva – I. P.
10h15	Estimulação cognitiva – M. D.	Reunião Supervisão / Registos	Estimulação Cognitiva – T. F.
		Sessões	
11h30	Estimulação cognitiva – M. F.	Psicoeducativas/Relaxamento com Ajudantes de enfermaria (intercaladas quinzenalmente)	Estimulação Cognitiva – M. F.
12h00	Almoço	Almoço	Registos
13h30	Grupo Janela Para o Mundo (quinzenal)	Aconselhamento Psicológico com E.C.	Saída
14h30	Registos	Aconselhamento Psicológico com I.C.	
15h30	Reunião Orientação de Estágio	Aconselhamento Psicológico com M. A.	
16h30	Grupo de Autorrepresentação (quinzenal)	Aconselhamento Psicológico com M. F.	
17h00	Saída	Saída	

**Tabela 1** – Horário Semanal

### 1.3. Cronograma de Estágio

<b>Atividade</b> \ <b>Mês</b>	<b>Out.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dez.</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Mai.</b>	<b>Jun.</b>	<b>Jul.</b>
<b>Observação</b>	X	X								
<b>Reuniões Equipa</b>		X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Reuniões de Supervisão</b>			X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Acompanhamento Psicológico</b>			X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Avaliação Psicológica</b>				X						
<b>Estimulação Cognitiva Individual</b>			X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Aplicação de Testes MMS/ADAS</b>			X	X						X
<b>Facilitação de Grupos psicopedagógicos</b>			X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Projeto Cuidar o Cuidador</b>			X	X	X	X	X	X	X	X

**Tabela 2** – Cronograma das atividades de estágio desenvolvidas ao longo dos 10 meses

## **1.4. Atividades desenvolvidas**

### **1.4.1. Acompanhamento psicológico**

As consultas de acompanhamentos psicológico eram realizadas semanalmente, num período de 50 minutos. Foi feito o acompanhamento a 4 utentes durante o período de estágio, sendo que apenas um será aqui apresentado e analisado à luz da Abordagem Centrada na Pessoa e da teoria Psico-afetiva do Professor João Hipólito.

As sessões decorreram tendo como base os três pilares do modelo da terapia centrada no cliente: o postulado da tendência atualizante, ou seja todo o ser humano tem a capacidade de desenvolvimento, no sentido de auxiliar a manutenção ou crescimento do mesmo. As seis condições necessárias e suficientes, já mencionadas anteriormente, que estando presentes aparecerão mudanças produtivas no cliente. E por último uma orientação não-diretiva, adotando uma posição de confiança no cliente e na sua capacidade para a auto-organização e auto direção, dando assim cada indivíduo a possibilidade para ser psicologicamente independente e manter a sua integridade psicológica (Hipólito, 2011).

Foi também possível trabalhar as três atitudes fundamentais, quer da relação terapêutica quer da interação do sujeito com as suas experiências: a compreensão empática, que significa aceitar o outro e o seu discurso sem julgamentos, facilitando a sua autonomia para resolver os seus conflitos e direciona a sua própria experiência. O olhar incondicional positivo, que envolve entender o mundo do outro da mesma forma que ele o entende, vendo-o através dos seus olhos e usando a mesma linguagem semântica. E também a congruência, ou seja, a consistência com a própria experiência, incluindo a consciencialização e a comunicação dessa experiência (Hipólito, 2011).

A técnica da entrevista clínica foi utilizada inicialmente em todos os casos de acompanhamento de forma a poder-se entender a história familiar, clínica e social das utentes acompanhadas. Inicialmente foi estabelecido o contrato terapêutico informando as utentes do acompanhamento, periodicidade e tempo de intervenção pelo serviço de psicologia, tendo as mesmas sido informadas de que iriam ter sessões semanais e que o acompanhamento decorreria até julho de 2023.

Nas reuniões de orientação a Dr.<sup>a</sup> Paula Agostinho, auxiliou na análise dos casos e no progresso terapêutico.

#### **1.4.2. Avaliação Psicológica/Neuropsicológica**

A avaliação psicológica e neuropsicológica desempenha um papel crucial na área da psiquiatria geriátrica. Esta avaliação é fundamental para compreender e diagnosticar as condições mentais e neurológicas que afetam os adultos mais velhos, bem como para planear intervenções e tratamentos adequados.

É estabelecido um protocolo de avaliação personalizado para cada indivíduo assistido, direcionado às suas características específicas, principalmente o processo demencial e declínio cognitivo. Todos os utentes passam por uma triagem inicial do estado cognitivo global. Para isso, são utilizados instrumentos para fazer uma avaliação neuropsicológica como o *Mini Mental State Examination (MMSE)* e o *EADA/ADAS (Alzheimer Disease Assessment Scale)*.

- ***MMSE (Mini Mental State Examination)***

O MMSE é uma ferramenta de avaliação rápida, com duração até 10 minutos, usada para avaliar o desempenho cognitivo. Este instrumento avalia diversos aspetos, incluindo orientação no tempo e no espaço, memória, atenção, linguagem oral (nomeação

e compreensão) e escrita. Consiste em 30 itens e pode ser usado sozinho ou como um complemento a outras avaliações mais abrangentes. No entanto, não é um teste de diagnóstico, mas sim um instrumento de triagem, e não substitui uma avaliação completa (Guerreiro, 2010).

Existem pontos de corte específicos para detetar défices cognitivos usando o MMSE: 15 pontos para indivíduos analfabetos, 22 pontos para pessoas com 1 a 11 anos de escolaridade e 27 pontos para pessoas com mais de 11 anos de escolaridade (Guerreiro, 2010).

O MMSE é amplamente utilizado, principalmente para a triagem de deficiência cognitiva. Ele fornece uma avaliação quantitativa do desempenho cognitivo, tornando mais objetivo o que normalmente seria uma impressão subjetiva da capacidade cognitiva durante a avaliação clínica de um paciente. A diminuição da pontuação no MMSE em duas observações consecutivas pode ser um indicador de progressão ou estagnação da demência (Guerreiro, 2010).

- ***EADA/ADAS (Alzheimer Disease Assessment Scale)***

A ADAS é um instrumento de avaliação cognitiva, composto por uma bateria de testes destinada a avaliar o grau demencial de pessoas com Doença de Alzheimer. É dividida em duas partes: disfunções cognitivas e não cognitivas. As primeiras, incluem componentes de memória, orientação, linguagem, praxia e capacidade construtiva, enquanto que as não cognitivas abrangem estados de humor e alterações comportamentais. Quanto maior for a pontuação total da escala, maior será o grau de deterioração do indivíduo (Rosen et al., 1984).

No contexto de Portugal, a ADAS foi traduzida, adaptada e validada por Guerreiro et al. em 2008. Eles também estabeleceram valores de referência levando em

consideração a idade e o nível de escolaridade, inclusive para indivíduos analfabetos. No entanto, este estudo de validação inicial foi realizado com um grupo limitado de pessoas que vivem em áreas urbanas e por pode ter limitações psicométricas (Nogueira et al., 2018).

As provas de avaliação psicológica, são feitas através de uma abordagem criteriosa e científica para analisar traços comportamentais e características psicológicas. Sendo utilizados uma variedade de instrumentos de avaliação tais como o GDS (Geriatric Depression Scale), MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) e o Teste de Rorschach.

- **GDS (*Geriatric Depression Scale*)**

O GDS é um instrumento de avaliação da depressão desenvolvido por Yesavage et al em 1983, com o objetivo de superar as dificuldades de rastreio da depressão na população idosa. O GDS destaca-se por ser o único instrumento projetado especificamente para uso com idosos. Ele foi criado para eliminar a confusão comumente presente noutros instrumentos de avaliação da depressão, distinguindo entre indicadores somáticos da depressão e manifestações físicas consideradas normais no envelhecimento (Baldwin, 2004; Pocinho et al., 2009 como citado em Santos et. al, 2019).

O GDS é uma escala de autorrelato que originalmente consiste em 30 itens, nos quais os idosos respondem com "sim" ou "não" de acordo com o que sentiram na semana anterior. Esta escala tem sido demonstrada como vantajosa em comparação com outros instrumentos semelhantes, tornando-se uma ferramenta valiosa na avaliação da depressão em idosos (Yesavage et al., 1983).

- **MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*)**

É um teste psicológico amplamente utilizado para avaliar traços de personalidade e identificar distúrbios psicológicos. Desenvolvido na década de 1940, o MMPI consiste numa série de perguntas e declarações às quais os indivíduos respondem de acordo com as suas experiências pessoais. As respostas são analisadas para fornecer *insights* sobre a personalidade do sujeito, incluindo traços, comportamentos, e possíveis problemas psicológicos, como depressão, ansiedade e esquizofrenia. O MMPI é composto por 567 itens certo ou errado, com quatro escalas de validade e dez escalas clínicas (Reddon & Helmes, 1993).

Na unidade de saúde, faz-se uso da versão abreviada do MMPI, que se caracteriza pela sua agilidade de aplicação, uma vez que se compõe de apenas 71 itens, em contraposição à versão completa que abarca 567 itens. Estes 71 itens correspondem às escalas de validação e clínicas do MMPI, excetuando a ausência da escala de masculinidade-feminilidade nesta versão. As escalas de validação consistem na escala de mentira (L), escala de infrequência (F) e escala de correção (K), compreendendo três, oito e oito itens, respetivamente. Já as escalas clínicas abrangem as seguintes áreas: Hipocondria (7 itens); Depressão (16 itens); Histeria (17 itens); Psicopatia (13 itens); Paranoia (9 itens); Psicastenia (10 itens); Esquizofrenia (14 itens); Hipomania (8 itens) (Felizardo, 2005).

As pontuações obtidas nas escalas são utilizadas na elaboração de um gráfico que sinaliza a presença de patologia (pontuações T acima de 65) ou valores situados dentro da faixa normativa (pontuações T entre 50 e 65) (Felizardo, 2005).

- ***Teste de Rorschach***

É uma técnica de avaliação psicológica que envolve a apresentação de uma série de manchas de tinta abstratas aos participantes e a análise das suas respostas verbais e

comportamentais a essas imagens. Desenvolvido pelo psicólogo suíço Hermann Rorschach, este teste é usado para explorar a personalidade, os pensamentos, os sentimentos e os processos cognitivos dos indivíduos (Oliveira, 2004 como citado em Salsinha & Colaço, 2010).

O teste projetivo Rorschach consiste em 10 cartões com manchas de tinta ambíguas selecionadas cuidadosamente, seguindo critérios de composição e ritmo, como a simetria, para garantir que o teste seja igualmente eficaz para destros e canhotos, bem como para facilitar a interpretação por pessoas mais inibidas. Cada um dos cartões representa um conjunto de imagens simbólicas que são projetadas para evocar respostas e revelar conflitos psíquicos inconscientes na pessoa avaliada. Estes, abordam uma ampla gama de temas psicológicos e emocionais (Chabert, 1997).

Esses temas incluem questões relacionadas ao contato inicial com o psicólogo e com o teste, bem como à representação da imagem materna pré-genital (primeiro cartão); evocação de aspetos afetivos, sexuais e problemas de identidade (segundo cartão); a dinâmica do casal parental na percepção do avaliado (terceiro cartão); questões de natureza sexual, identificação de género e representações fálicas e viris (quarto cartão); a representação do próprio indivíduo e do seu corpo (quinto cartão); temas relacionados à identidade sexual, frequentemente envolvendo elementos viris (sexto cartão); a relação com a figura materna, com implicações sexuais e evocações de aspetos femininos ou maternos (sétimo cartão); adaptação do indivíduo ao mundo exterior e às relações sociais (oitavo cartão); a posição do indivíduo em relação ao mundo ao seu redor (nono cartão); e a capacidade do indivíduo de unificar com a sua personalidade, bem como preocupações relacionadas à fragmentação (décimo cartão) (Chabert, 1997).

Estes cartões desempenham um papel fundamental na avaliação psicológica, permitindo uma exploração mais profunda dos aspetos inconscientes e psíquicos da

pessoa submetida ao teste de Rorschach. Cada cartão contribui para uma compreensão mais abrangente da mente e dos conflitos internos do avaliado (Chabert, 1997).

As respostas dos participantes são registadas em detalhes, incluindo o que eles veem nas manchas, onde veem essas imagens, quais os detalhes específicos que chamam a sua atenção e quais as emoções que trazem essas manchas. Estas respostas são analisadas e são procurados padrões, temas recorrentes e características psicológicas que emergem a partir das descrições e histórias compartilhadas pelo participante. A interpretação leva em consideração tanto o conteúdo quanto o processo de pensamento (Freitas, 2005).

A técnica visa revelar o mundo interno e os sentimentos do indivíduo, permitindo a expressão de conteúdos psíquicos da personalidade por meio da decodificação das respostas dadas. Em essência, o teste Rorschach busca ativar a vida emocional dos sujeitos ao explorar as suas interpretações das manchas de tinta. (Salsinha & Colaço, 2010)

Em suma, a avaliação psicológica e neuropsicológica na psicogeriatría é essencial para compreender e diagnosticar condições mentais e neurológicas em adultos mais velhos. Envolve entrevistas clínicas detalhadas, testes neuropsicológicos, escalas de avaliação psicológica e funcional, além de considerar comorbidades médicas. Essa avaliação interdisciplinar permite a formulação de diagnósticos e planos de tratamento adequados, com foco na melhoria da qualidade de vida e bem-estar emocional dos utentes da unidade de saúde, através de monitoramento contínuo e ajustes conforme necessário.

#### **1.4.3. Estimulação Cognitiva Individual (CogWEB)**

A estimulação cognitiva é uma metodologia de intervenção amplamente aplicada em casos de declínio cognitivo, especialmente em situações de demência (Cove et al.,

2014). Esta abordagem baseia-se na teoria de que a plasticidade cerebral, a reorganização funcional e os mecanismos adaptativos podem resultar numa melhoria funcional do sistema nervoso central. O objetivo principal da estimulação cognitiva é aumentar a atividade mental, com o propósito de melhorar as funções cognitivas ou, pelo menos, desacelerar a progressão do declínio cognitivo (Galante et al., 2007).

As sessões de estimulação cognitiva individualizada são efetuadas com recurso a plataforma online CogWEB. Esta, é uma ferramenta de treino cognitivo que oferece programas personalizados para profissionais de saúde e pacientes. Ela disponibiliza uma ampla variedade de exercícios voltados para diferentes áreas cognitivas, como atenção, memória, linguagem, cálculo e funcionamento executivo. O CogWEB atualmente inclui mais de 100 exercícios que se ajustam automaticamente com base no desempenho do paciente, tornando-os mais fáceis ou mais difíceis à medida que progredem. O software opera por meio de uma estratégia de gamificação, na qual o utilizador avança para um nível de dificuldade superior após alcançar 20 respostas corretas consecutivas (COGWEB, s.d.).

Durante o período do estágio, realizaram-se sessões de estimulação cognitiva com frequência semanal. Inicialmente, foram acompanhadas três utentes, mas, ao longo do tempo, essa capacidade aumentou para cinco utentes. Cada sessão tinha a duração de 20 minutos, com um cronograma estruturado em que cada exercício recebia uma alocação de 5 minutos, resultando num total de quatro exercícios distintos a cada sessão.

Para garantir a eficácia da intervenção, foram estabelecidos planos de exercícios que eram ajustados mensalmente. No início da intervenção procedeu-se à administração avaliação neuropsicológica com aplicação dos testes ADAS e MMSE. Essa avaliação inicial tinha como objetivo identificar as áreas cognitivas mais afetadas em cada utente, permitindo assim a seleção de exercícios específicos para estimular essas áreas.

Durante os meses subsequentes, os exercícios foram selecionados com base no desempenho observado no mês anterior. Isso significa que as áreas cognitivas que demonstraram um desempenho mais deficiente foram priorizadas na escolha dos exercícios para o mês seguinte, visando otimizar a eficácia da intervenção e proporcionar uma abordagem personalizada para cada utente.

#### **1.4.4. Grupos psicopedagógicos**

De acordo com Galvão & de Sousa (2020), as intervenções psicopedagógicas podem ser consideradas um recurso valioso no desenvolvimento de idosos, devido à sua abordagem multidisciplinar fundamentada em métodos e processos de aprendizagem. Elas desempenham um papel crucial no aprimoramento pessoal e intelectual, estimulando o crescimento mental e facilitando a socialização.

Um estudo conduzido por Guimarães et al. (2020) enfatizou que o método psicopedagógico oferece benefícios significativos aos idosos, como aprofundamento nos conceitos de neurogênese e neuroplasticidade. Estes conceitos são considerados essenciais pelos autores para a reorganização neuronal e a melhoria das funções cognitivas e executivas. Além disso, destacaram a reserva cognitiva como um fator fundamental no processo de desenvolvimento.

O grupo psicopedagógico dinamizado na casa de saúde possui uma abordagem lúdica, com o objetivo de criar um ambiente propício para que os utilizadores expressem os seus sentimentos e opiniões, incentivando a autocrítica. Esta abordagem visa promover a interação social entre os utilizadores e estimular as funções cognitivas, especialmente em utentes mais dependentes do ponto de vista sociocognitivo.

No âmbito dessas intervenções, são desenvolvidas atividades específicas, incluindo orientação, estímulo à criatividade, promoção da ajuda interpessoal, melhoria

da comunicação e dos relacionamentos no grupo, elevação da autoestima, estímulo à participação em atividades lúdicas e ocupacionais, e aprimoramento das funções cognitivas, como memória, atenção e linguagem. Além disso, promove-se o afeto positivo, o controle emocional e as habilidades para lidar com desafios, atualizando experiências positivas e fortalecendo aptidões sociais, autonomia e resolução de conflitos.

Assim, desempenhei um papel ativo na coordenação de dois grupos com reuniões semanais, cada uma com a duração de uma hora. O primeiro grupo, denominado "Autorrepresentação," era composto por cinco utentes com baixo grau de dependência e sem déficits cognitivos. O objetivo principal deste grupo é fomentar discussões e coletar sugestões de melhorias que os utentes desejem ver implementadas nas instalações da casa de saúde. Entre os diversos tópicos abordados, os principais envolviam questões relacionadas às refeições e à qualidade do atendimento prestado pelas auxiliares de enfermaria.

Além disso, participei na coordenação do grupo "Janela para o Mundo," que também contava com cinco utentes, também elas com grau de dependência baixo. O objetivo deste grupo era a pesquisa de notícias ao longo da semana, que seriam posteriormente discutidas durante as sessões para selecionar as mais pertinentes a serem incluídas num folheto mensal distribuído pela instituição de saúde.

Trabalhar num grupo psicopedagógico de idosas é uma experiência enriquecedora que transcende o mero desempenho de funções profissionais. Neste ambiente, encontra-se um universo de sabedoria acumulada ao longo de décadas, histórias de vida únicas e uma profunda gratidão pela oportunidade de aprender e crescer juntos. É um constante exercício de empatia, paciência e criatividade, à medida que se busca estimular o desenvolvimento cognitivo e emocional destas utentes, ao mesmo tempo em que se absorve lições valiosas sobre resiliência e a importância do vínculo humano. Trabalhar

com estes grupos psicopedagógico de idosas é uma jornada de reciprocidade, onde a troca de experiências e a construção de conexões significativas se revelam como os alicerces de um trabalho verdadeiramente recompensador.

#### **1.4.5. Projeto cuidar o cuidador**

No âmbito do projeto elaborado na unidade curricular de seminário de estágio, procedeu-se à implementação de uma intervenção junto das auxiliares de enfermaria. Esta ação foi motivada pelas considerações de ordem emocional, psicológica e física, decorrentes da elevada exigência e desgaste inerentes às suas funções profissionais. Surgiu assim, a necessidade de intervir junto deste grupo populacional com o intuito de proporcionar alívio, apoio emocional e transmitir técnicas de relaxamento.

- **Sessões Psicoeducativas**

Neste sentido, foram conduzidas sessões de grupo, composto por entre cinco a oito ajudantes de enfermaria. As sessões psicoeducativas, segundo Lemes e Neto (2017) podem ser promotoras de mudanças, tais como o desenvolvimento emocional comportamental e social, que capacitam a obtenção de soluções positivas que refletem no funcionamento, relacionamento e bem-estar das pessoas. Estas sessões foram previamente identificadas através de um levantamento de necessidades junto das intervenientes, bem como outras que surgiram ao longo do estágio. O foco principal deste esforço foi sempre a promoção do bem-estar geral das colaboradoras.

- **Sessões de Relaxamento**

Juntamente com as sessões psicoeducativas, complementou-se a intervenção com sessões de relaxamento, tendo como base a Terapia Centrada na Pessoa e a Abordagem

do Corpo pelo Relaxamento postulada pelo professor Hipólito (2011), que é feita através de uma viagem interna, da periferia para o centro, do exterior para o interior, num desenvolvimento que refaz gradualmente a estruturação do esquema corporal do indivíduo (Voirol & Hipólito, 1998). Estas sessões eram intercaladas semanalmente e realizadas sempre que houvesse disponibilidade no serviço.

De acordo com esta abordagem, o terapeuta adota uma postura empática, utilizando o pronome "Eu" de maneira autêntica e não manipuladora, permitindo que o sujeito se sinta livre para agir de acordo com suas necessidades. Todo este processo é conduzido num ambiente caracterizado pela empatia e pela aceitação incondicional positiva tanto por parte do terapeuta quanto do grupo e de cada indivíduo (Voirol & Hipólito, 1998; Hipólito, 2011).

O corpo desempenha um papel fundamental na sustentação da vida psicológica do ser humano, sendo indispensáveis as conexões entre os aspetos somáticos e psíquicos. As interações entre sistemas, dimensões e modos de comunicação num indivíduo em desenvolvimento conferem significado ao seu universo de significados, ou seja, ao seu contexto sociocultural. Esta abordagem tem como premissa a percepção que cada indivíduo possui de si mesmo e do seu ambiente (Hipólito et al., 1987).

Neste sentido, ao oferecer a oportunidade de alcançar um estado de relaxamento que possibilite a harmonização e integração dos diversos sistemas presentes no indivíduo, o método desenvolvido por Hipólito et al. (1987) busca promover uma jornada de autodescoberta corporal. Esta jornada envolve a exploração da morfologia e funcionamento do corpo, bem como a reflexão sobre a relação consigo mesmo e com os outros, com foco na perspectiva centrada no cliente (Hipólito, 2011; Voirol & Hipólito, 1998).

Esta abordagem do relaxamento corporal tem demonstrado eficácia no tratamento de condições como depressão, ansiedade, insônia, angústia, fadiga, além de sintomas específicos, como cefaleias e enxaquecas (Hipólito, 2011). Sintomas estes, frequentemente associados a situações de *burnout* e sobrecarga, sentidos pelas auxiliares de enfermagem.

As sessões foram distribuídas da seguinte forma:

Temática \ Mês	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
Reunião para levantamento de Necessidades	X								
Relações Interpessoais	X								
Resiliência e Aplicação do COPSOQ II			X						
Ansiedade			X						
<i>Burnout</i>				X					
Inteligência Emocional e Locus de Controle					X				
Rede de Suporte Emocional					X				
Pensamento Vs. Comportamento						X			
Gestão de Tempo							X		
Envelhecimento e Aplicação do COPSOQ II									X

Relaxamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**Tabela 3** – Distribuição das temáticas de intervenção ao longo dos meses de estágio

- **Reflexão Pessoal**

Durante a intervenção, tornou-se evidente a necessidade das ajudantes de enfermagem em expressar as suas preocupações e discutir não apenas os tópicos propostos, mas também as questões que as afetavam profundamente. Nesse contexto, foi essencial proporcionar um espaço seguro onde pudessem expressar livremente as suas próprias experiências.

Além disso, durante as sessões psicoeducativas, ficou claro que a partilha de experiências pessoais era uma experiência compartilhada por quase todas as participantes. Esse processo de compartilhamento de vivências foi crucial para criar laços empáticos entre elas, promovendo uma maior coesão no grupo. Consequentemente, as auxiliares puderam compreender melhor as idiossincrasias individuais de cada uma, o que, por sua vez, contribuiu para o equilíbrio e o sucesso do grupo como um todo.

As sessões de Relaxamento foram divididas em duas partes, tal como proposto por Hipólito (2011), ou seja, a sessão de relaxamento, com base nos pressupostos acima descritos, uma progressão no percurso da descoberta do corpo. E uma segunda parte de explicitação das experiências vividas, onde as auxiliares tiveram a oportunidade de compartilhar o que se passou durante a etapa anterior. Estabeleceu-se um diálogo para entender as ajudantes de uma forma mais profunda, explorando tanto o que elas expressavam verbalmente sobre as suas experiências corporais quanto o que a sua linguagem corporal revelava.

Durante o decorrer das sessões, pode discernir-se claramente a progressão no foco e na atenção das participantes. As sensações e emoções compartilhadas revelavam-se frequentemente ambíguas, sendo que a experiência era invariavelmente de natureza

profunda e pessoal, variando de uma sessão para outra. Tornou-se evidente que essa variação estava intimamente relacionada ao estado emocional de cada indivíduo no dia em questão, muitas vezes desencadeando sentimentos de tristeza e, em alguns casos, até momentos de catarse emocional. Foi particularmente gratificante observar que muitas dos participantes incorporavam esse processo na sua rotina diária, especialmente no ambiente de trabalho.

As trocas de experiências, que eram uma parte fundamental das sessões, geralmente abordavam as sensações físicas percebidas pelas participantes e as percepções do seu mundo interior através delas. Para muitas, esse processo também serviu como um meio para aprimorar a concentração e permitir-se relaxar, já que, para a maioria, manter o foco era uma tarefa desafiadora. Independentemente de todas as diferenças, os *feedbacks* finais sempre convergiam para um momento de calma, relaxamento e tranquilidade.

No entanto, devido à constante mudança de composição dos grupos de participantes, tanto nas sessões psicoeducativas quanto nas de relaxamento, a coesão, a confiança e a sensação de segurança eram difíceis de estabelecer. Este motivo, pode ter limitado a disposição dos participantes para compartilhar os seus sentimentos e emoções. É importante reconhecer que a diversidade de participantes, com as suas variadas experiências e necessidades, pode tornar a criação de um ambiente coeso e inclusivo uma tarefa complexa. Cada indivíduo traz consigo uma carga e experiência emocional e cognitiva única, exigindo, assim, uma abordagem flexível e adaptável.

Outra observação significativa foi a resistência à mudança e a tendência de atribuir o controle das suas vidas a fatores externos, o que não apenas dificultou o processo de introspecção, mas também prejudicou a construção de um ambiente de confiança e segurança, propício à participação ativa.

Por fim, a gestão do tempo e a equitativa oportunidade para cada participante se expressar também se revelaram desafios significativos. Foi necessário equilibrar cuidadosamente o tempo disponível, para garantir que todos tivessem a oportunidade de expressar e compartilhar as suas experiências, ao mesmo tempo em que, se gerenciava a interação de forma eficaz.

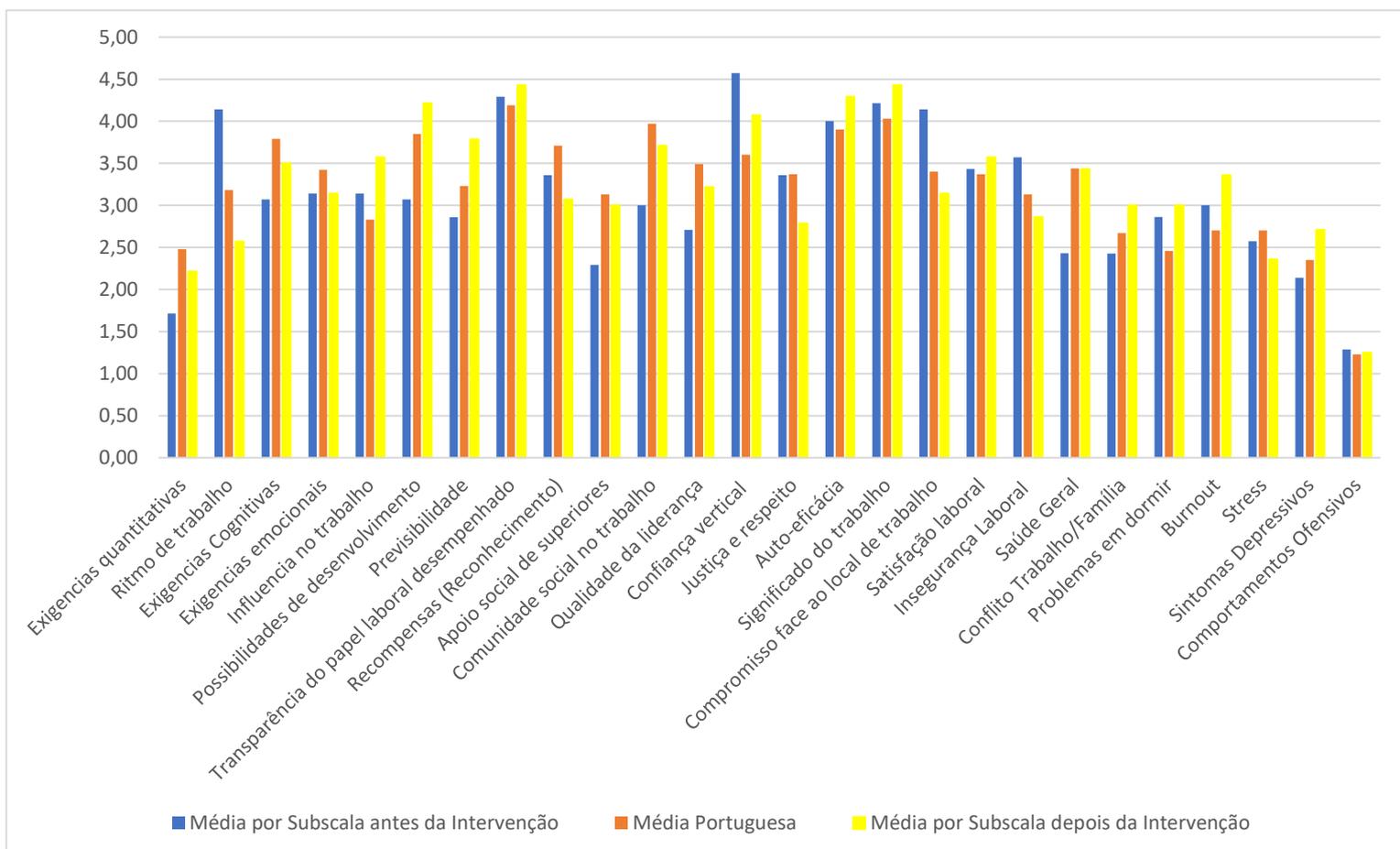
Em resumo, ao longo destas sessões, pode-se observar uma notável evolução no foco e na atenção das participantes, apesar das complexidades, inerentes à composição variável dos grupos e, à diversidade de experiências individuais. Além disso, enfrentou-se desafios relacionados com a resistência à mudança e à gestão do tempo. A compreensão destes aspetos permite uma base sólida para aprimorar a criação de um ambiente ainda mais coeso, inclusivo e propício ao crescimento pessoal e à introspeção.

- **Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSOQ**

Para a análise destas sessões, utilizou-se a versão curta do COPSOQ, validado para a população portuguesa. Este instrumento é projetado para avaliar o *burnout* de forma concisa, apresentando 23 dimensões e 40 perguntas. É especialmente adequado para a autoavaliação dos trabalhadores ou para ser aplicado em ambientes de trabalho com menos de 30 funcionários (Silva et al., 2006).

A versão curta do instrumento inclui apenas as dimensões psicossociais que têm uma comprovação epidemiológica, de estarem relacionadas com a saúde. Todas as versões abrangem também dimensões que avaliam os indicadores de exposição (os fatores psicossociais de risco) e os indicadores dos seus efeitos (na saúde, satisfação e níveis de stress (Silva et al., 2006). O coeficiente de alfa de *Cronbach* >0,8 permite afirmar que o instrumento apresenta uma boa consistência interna (Fonte, 2011).

- **Análise e Discussão dos dados recolhidos pelo questionário**



**Gráfico 1 – Média por subescala antes e depois da intervenção**

Ao analisar os resultados do COPSOQ II, tanto antes quanto após a intervenção, em conjunto com as médias normativas dos trabalhadores em Portugal, conforme documentado por Silva et al. (2006), podemos identificar a presença de níveis elevados em determinadas dimensões. Essa elevação nos níveis de respostas merece uma análise aprofundada, pois pode ser atribuída a uma complexa interação de fatores.

É relevante destacar que os testes foram administrados a grupos diferentes antes e após a intervenção, sendo selecionados aqueles que tinham uma presença mais regular

nas sessões. Isso ocorreu devido ao fato de que, a participação das auxiliares de enfermagem nas sessões ser determinada pela disponibilidade de serviço, o que limita a generalização dos resultados. Portanto, esses resultados devem ser interpretados como indicativos e informativos, considerando as limitações inerentes à amostragem.

Em primeiro lugar, é importante observar que a subescala associada ao 'Ritmo de Trabalho' inicialmente apresentou valores notavelmente elevados, o que sugere que as auxiliares de enfermagem enfrentavam desafios substanciais em relação à carga de trabalho. No contexto do setor de saúde mental, é comum a necessidade de uma elevada eficiência e responsabilidade, o que, por sua vez, pode resultar em níveis significativos de pressão no ambiente de trabalho.

É digno de nota que, após a implementação da intervenção, houve uma redução substancial nesses valores. Essa diminuição pode ser atribuída, em grande parte, à eficácia da intervenção em capacitar as auxiliares de enfermagem a lidar de maneira mais eficaz com a pressão associada à carga de trabalho intensa.

As sessões psicoeducativas e de relaxamento desempenharam um papel fundamental nesse processo de melhoria. Durante estas sessões, proporcionou-se às participantes um espaço propício à abertura e à livre expressão. Isso, por sua vez, pode ter contribuído para a criação de um ambiente seguro no qual as auxiliares se sentiram à vontade para partilhar as suas preocupações e sentimentos relacionados ao ritmo de trabalho.

Os valores iniciais elevados e subsequente diminuição na subescala 'Compromisso Face ao Local de Trabalho' pode ser explicado pela intervenção psicoeducativa e de relaxamento. Inicialmente, os altos valores refletiam um compromisso intenso com o trabalho. No entanto, a intervenção promoveu a reflexão sobre o equilíbrio profissional, levando a uma diminuição do compromisso devido a uma

redistribuição mais saudável de prioridades. As técnicas de relaxamento também contribuíram para reduzir o stress, permitindo um compromisso mais equilibrado com o trabalho.

Podemos também verificar, segundo o gráfico, que houve uma redução do stress após a intervenção, o que se pode dever a vários motivos. Primeiro, as sessões ensinaram estratégias eficazes de gerenciamento do stress, proporcionando um estado de bem-estar mais equilibrado tornando as profissionais mais resilientes diante de desafios stressantes.

Além disso, estas sessões criaram um ambiente de apoio onde as auxiliares puderam partilhar as suas preocupações e sentirem-se compreendidas. Isso reduziu o isolamento e promoveu um senso de comunidade.

As técnicas de relaxamento também melhoraram o bem-estar geral, reduzindo a ansiedade. Por fim, as sessões promoveram uma mudança de perspetiva em relação ao stress, ensinando que ele pode ser gerenciado e não precisa ser esmagador. Juntos, esses fatores podem ter contribuído para a redução do stress e um ambiente de trabalho mais saudável.

Por fim, é observável um aumento nas subescalas de '*Burnout*' e 'Sintomas Depressivos', as quais se encontram agora em níveis superiores à média portuguesa. É importante ressaltar que, em circunstâncias excepcionais, tais aumentos podem ocorrer temporariamente. Essas mudanças podem ser atribuídas a diversos fatores, incluindo a consciencialização de condições de trabalho e pessoais stressantes e adaptação a mudanças.

É importante destacar que a intervenção planeada teve um impacto positivo na melhoria de alguns indicadores. Porém, a identificação dos motivos subjacentes para os níveis elevados é o primeiro passo para desenvolver estratégias eficazes de intervenção que visam melhorar o bem-estar e a satisfação no ambiente de trabalho das auxiliares de

enfermaria. Abordar essas questões de forma proativa pode contribuir significativamente para a promoção de um ambiente de trabalho mais saudável e produtivo.

#### **1.4.6. Reuniões de Supervisão**

As reuniões de supervisão clínica com a orientadora de estágio, desempenharam um papel fundamental no meu desenvolvimento como psicólogo em formação. Além de oferecer orientação valiosa, esses encontros proporcionaram um ambiente seguro para explorar desafios e crescimento pessoal sendo possível compartilhar as minhas experiências e dúvidas.

Essas sessões não foram apenas revisões de casos clínicos, mas uma jornada de autodescoberta. A orientadora de estágio incentivou a reflexão sobre as minhas próprias reações e emoções no trabalho, promovendo uma compreensão mais profunda de mim mesmo e das minhas motivações como psicólogo. Além disso, orientava acerca de novas técnicas terapêuticas e orientações práticas para aprimorar as minhas habilidades clínicas.

Nas reuniões também abordaram questões éticas, enfatizando a sua importância na prática de psicologia. Estas reuniões serviram como modelo inspirador no compromisso com o bem-estar das utentes tendo uma abordagem holística na atuação como psicólogo nesta casa de saúde. Foram essenciais para o meu percurso enquanto psicólogo, moldando o meu compromisso com o desenvolvimento contínuo e a ética profissional.

#### **1.4.7. Reuniões de Equipa**

Assistir às reuniões de equipa foi uma experiência profundamente enriquecedora e transformadora para mim. Durante o período de estágio, pude testemunhar em primeira mão o poder e a importância de uma abordagem terapêutica integrativa no cuidado das

utentes da casa de saúde. Estas reuniões não apenas expandiram os meus horizontes profissionais, mas também me permitiram compreender a complexidade e a riqueza do processo de psicologia aplicado a este grupo específico de pacientes.

Uma casa de saúde de psiquiatria geriátrica é um ambiente desafiador, onde as utentes frequentemente lidam com uma variedade de condições clínicas e psicológicas. Cada utente é única, com a sua história de vida, traumas, crenças e personalidade. Neste contexto, as reuniões de equipa multidisciplinares, tornam-se um espaço vital para partilhar informações e *insights* sobre cada utente. Profissionais de diferentes áreas, como psicólogo, médico, psiquiatra, fisioterapeuta, psicomotricista, terapeuta ocupacional, assistente social e enfermeiros, reúnem-se para discutir casos clínicos e desenvolver estratégias de tratamento personalizadas.

O aspeto mais significativo destas reuniões é a interdisciplinaridade. Cada profissional traz a sua perspetiva única para a mesa, enriquecendo a compreensão do caso. O psicólogo fornece *insights* sobre os aspetos psicológicos e emocionais da utente, enquanto o médico pode avaliar as questões médicas subjacentes. A terapeuta ocupacional pode ajudar a adaptar o ambiente para melhor atender às necessidades do paciente. O fisioterapeuta e psicomotricista avaliam o grau de mobilidade da utente assim como as dificuldades ou evoluções do seu estado motor, e a enfermeira pode fornecer informações sobre a evolução do quadro clínico. A assistente social contribui para uma avaliação social e familiar, fazendo a ponte entre a instituição e a família da utente. A colaboração entre estas disciplinas é fundamental para criar um plano de tratamento abrangente e eficaz.

As reuniões técnicas multidisciplinares promovem uma compreensão mais profunda das utentes como indivíduos. É fácil cair na armadilha de tratar apenas os sintomas visíveis e negligenciar as questões emocionais e psicológicas subjacentes. No

entanto, essas reuniões lembram constantemente a importância de olhar além da superfície. Cada paciente tem uma história única e uma vida rica de experiências que moldaram a sua condição atual. Compreender essas histórias é essencial para proporcionar um cuidado verdadeiramente holístico.

Como psicólogo, aprendi a importância de trabalhar em equipa e apreciar o conhecimento e a experiência de outros profissionais de saúde. As reuniões de equipa permitiram-me aprimorar as minhas habilidades de comunicação, compartilhar o meu conhecimento de forma mais eficaz e considerar perspectivas diferentes das minhas.

Em resumo, assistir às reuniões técnicas multidisciplinares foi uma experiência transformadora que ampliou a minha compreensão da psicologia aplicada a idosos e destacou a importância de uma abordagem terapêutica integrativa. A colaboração entre profissionais de diferentes disciplinas é fundamental para proporcionar o melhor cuidado possível às utentes, reconhecendo-as como indivíduos com histórias únicas e necessidades variadas. Esta experiência mostrou-me a importância da interdisciplinaridade e da compreensão holística no campo da psicologia geriátrica.

## **2. Casos Clínicos**

### **2.1. Estudo de um caso de Reabilitação cognitiva**

#### **2.1.1. Breve apresentação do caso**

D. G., residente na unidade de cuidados de saúde, ostenta uma idade de 90 anos e encontra-se no centro há uma década, com um diagnóstico de Alzheimer. Apresenta uma mobilidade limitada, caracterizada por uma marcha gradualmente mais lenta, ocasionalmente necessitando do auxílio de uma cadeira de rodas devido à fadiga. D. G. demonstra um notório zelo pela sua higiene pessoal e veste-se de forma apropriada à sua condição.

No que concerne à comunicação, mantém um discurso predominantemente monossilábico e interage verbalmente apenas quando interpelada com uma pergunta direta. Contudo, a sua vigilância e capacidade de manter a atenção estão preservadas. Embora seja importante notar a presença de lapsos de memória, não se evidenciam alterações significativas no seu padrão de pensamento. O seu estado de humor permanece eutímico.

A utente D. G. iniciou uma intervenção de estimulação cognitiva com o programa CogWEB, após sugestão da psicóloga da casa de saúde junto dos familiares, com o objetivo de travar o curso do declínio cognitivo, consequência do processo demencial.

Foram administrados os testes ADAS e MMS com o propósito de avaliar o estado cognitivo da utente e identificar as funções cognitivas que apresentam maiores défices no momento atual. Essa avaliação visa fundamentar a elaboração de um plano de intervenção que incluirá exercícios cuidadosamente selecionados e adaptados para atender às necessidades específicas da utente.

### **2.1.2. Avaliação neuropsicológica**

Conforme mencionado anteriormente, foram realizados os testes neuropsicológicos ADAS e MMS durante o mês de dezembro de 2022 para avaliar o estado cognitivo da utente. Os resultados obtidos foram de 34 para o teste ADAS e 17 para o teste MMS.

É importante destacar que a paciente possui mais de 4 anos de escolaridade, o que implicaria um valor médio de 13,7, conforme o quadro de avaliação do teste proposto por Rosen et al. em 1984. No entanto, a paciente obteve uma pontuação total de 34, desagregada em 29 pontos para a subescala ADAS-Cognitiva e 5 pontos para a subescala ADAS-Não Cognitiva.

Com base nos resultados, podemos inferir que a paciente apresenta um déficit cognitivo moderadamente grave, uma vez que a pontuação máxima possível é de 70 pontos, para o ADAS-Cognitiva. Uma análise mais aprofundada das provas revela que as dificuldades mais acentuadas estão relacionadas com a tarefa de reconhecimento de palavras e orientação. Além disso, observamos uma dificuldade moderada na evocação de palavras, retenção de informação e habilidades linguísticas.

No MMS, D. G. obteve uma pontuação de 17, num total de 30 pontos possíveis. De acordo com os critérios estabelecidos por Guerreiro (2010), quando o resultado se situa entre 21 e 24 pontos, começa a surgir a suspeita de uma perda cognitiva leve. No caso de D. G., é relevante destacar que ela é alfabetizada. Portanto, com base na pontuação obtida no MMS, é seguro afirmar que ela apresenta um grau de demência moderado. O teste sugere ainda que a paciente enfrenta desafios mais significativos nas áreas de orientação, atenção, cálculo e evocação.

Estes resultados sugerem a necessidade de uma intervenção cuidadosa e personalizada para gerenciar e acompanhar o estado cognitivo da utente D. G., com foco especial nas áreas identificadas como mais desafiadoras.

### **2.1.3. Plano de intervenção**

Com base nos resultados obtidos, foi elaborado um conjunto de exercícios destinados a estimular habilidades cognitivas essenciais, tais como orientação, atenção, cálculo, memória, linguagem e funções executivas. Esta decisão foi fundamentada através dos dados obtidos nos testes MMS e ADAS, os quais indicaram que as áreas cognitivas mais afetadas na utente D. G. se concentram nesses domínios.

A intervenção de estimulação cognitiva individual utilizando o software CogWEB foi conduzida de maneira sistemática, ocorrendo em sessões semanais com uma duração

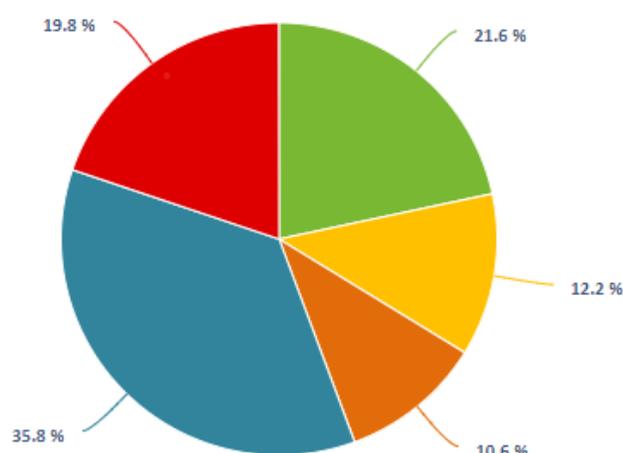
de 20 minutos cada, durante as quais eram aplicados quatro exercícios distintos. Ressalta-se que esses exercícios eram rotineiramente atualizados em intervalos mensais.

#### 2.1.4. O processo de reabilitação cognitiva

O processo de estimulação cognitiva teve início em janeiro de 2023 e foi concluído em julho do mesmo ano. Ao longo desse período, foram realizadas sessões de treinamento em cada domínio cognitivo, com a seguinte distribuição:

Categoria	Tempo
Atenção	01:34:27
Linguagem	00:53:02
Cálculo	00:46:09
Memória	02:36:19
Capacidade perceptiva e construtiva	00:00:00
Funções executivas	01:26:25

**Tabela 4** – Tempo atribuído a cada domínio cognitivo



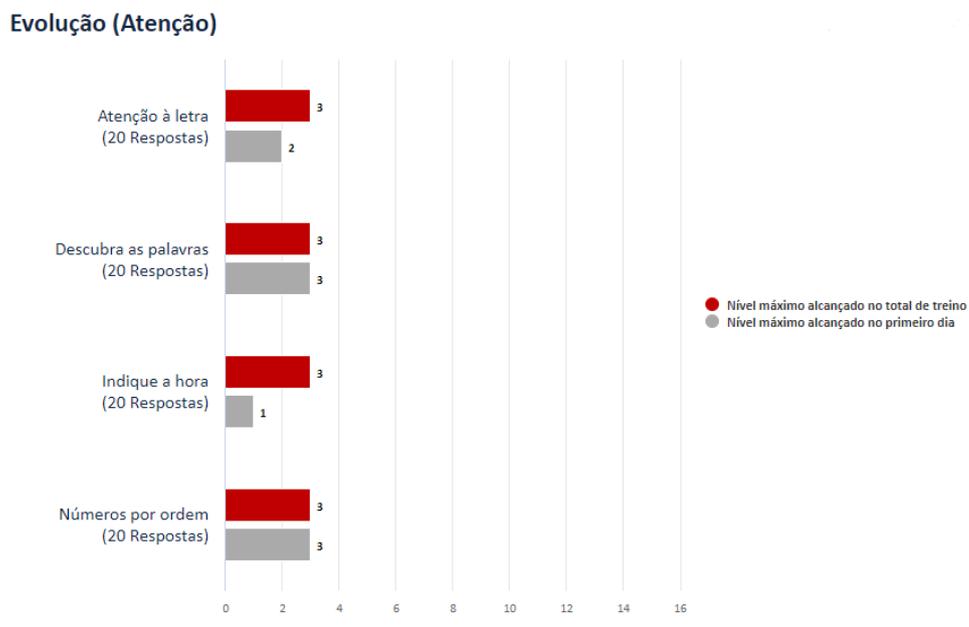
**Gráfico 2** – Percentagem de tempo atribuído a cada domínio cognitivo

A análise da tabela revela que a ênfase principal foi direcionada para a área cognitiva da memória. Isso deve-se aos resultados dos testes, nos quais a evocação no MMS obteve a menor pontuação, atingindo um valor de 0 pontos, enquanto no ADAS, a mesma área obteve a pontuação mais elevada, assim como o reconhecimento de palavras e recordação das instruções associadas ao exercício. É importante notar que a pontuação no ADAS é inversamente proporcional à do MMS, ou seja, uma pontuação mais baixa indica menor déficit cognitivo.

Além disso, houve a necessidade de estimular as funções executivas, pois, como afirmado por Avila e Miotto (2003), essas funções tendem a declinar nas fases iniciais do envelhecimento. Estudos sugerem que o declínio nas funções executivas pode ser um indicativo precoce de demência e desempenham um papel crucial na distinção entre demência e envelhecimento normal, como destacado por Banhato e Nascimento (2007). Assim, essas funções exercem um impacto direto no desempenho cognitivo e nas atividades diárias dos idosos.

### 2.1.5. Análise clínica do caso

D. G. demonstrou um progresso significativo ao longo dos sete meses de intervenção, refletido nos resultados relacionados ao avanço de níveis em cada exercício. É de ressaltar que um número insuficiente de respostas implica a descida de nível. Os resultados podem ser verificados nos gráficos seguintes:

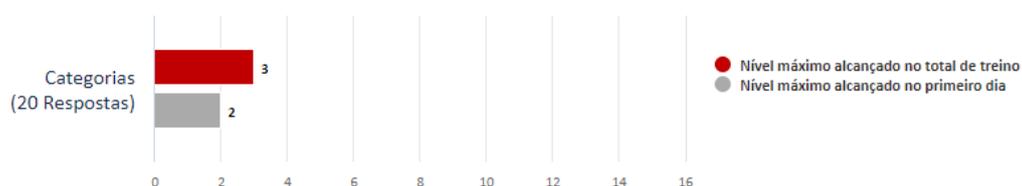


**Gráfico 3** – Evolução dos níveis correspondente aos exercícios de atenção

É notório que D. G. apresentou um progresso notável em todos os exercícios. Os níveis iniciais foram estabelecidos com base em dados derivados dos testes realizados, bem como na observação da utente e na complexidade intrínseca de cada exercício. Importa salientar que, durante todo o período de intervenção, a possibilidade de ajustar os níveis manualmente, seja aumentando ou reduzindo, conforme necessário, esteve sempre presente.

É relevante destacar que, em nenhuma das sessões, a paciente regrediu de nível, o que evidencia a sua capacidade consistente de manter um número substancial de respostas corretas em todas as atividades. Além disso, é digno de nota que em dois dos exercícios específicos, nomeadamente "indicar a hora" e "atenção à letra", a paciente progrediu para níveis superiores ao longo do período de intervenção. Esse avanço positivo em tais áreas indica um excelente desempenho no que diz respeito à atenção.

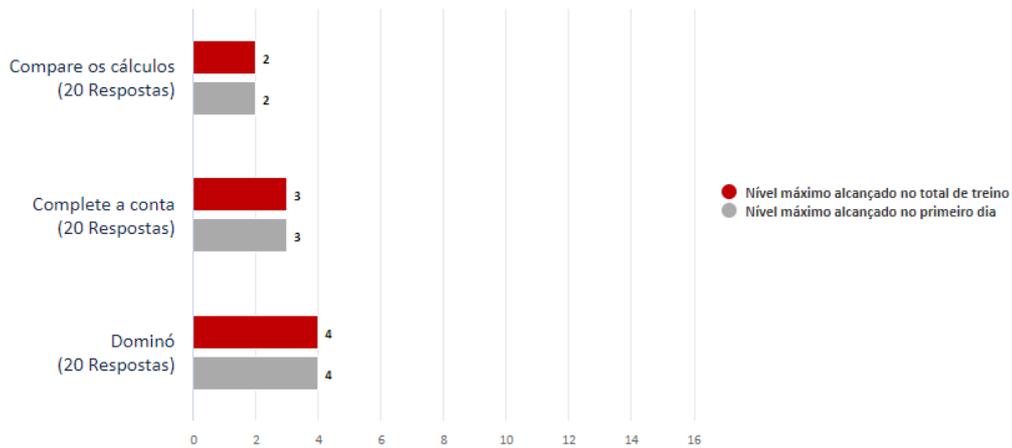
#### Evolução (Linguagem)



**Gráfico 4** - Evolução dos níveis correspondente aos exercícios de Linguagem

No que diz respeito ao domínio da linguagem, que não apresentava o défice mais significativo, optou-se por incluir apenas um exercício ao longo dos sete meses de intervenção. Conforme evidenciado pelos resultados gráficos, a utente obteve um desempenho positivo nesse exercício. A intervenção foi iniciada no nível 2 e concluída no nível 3.

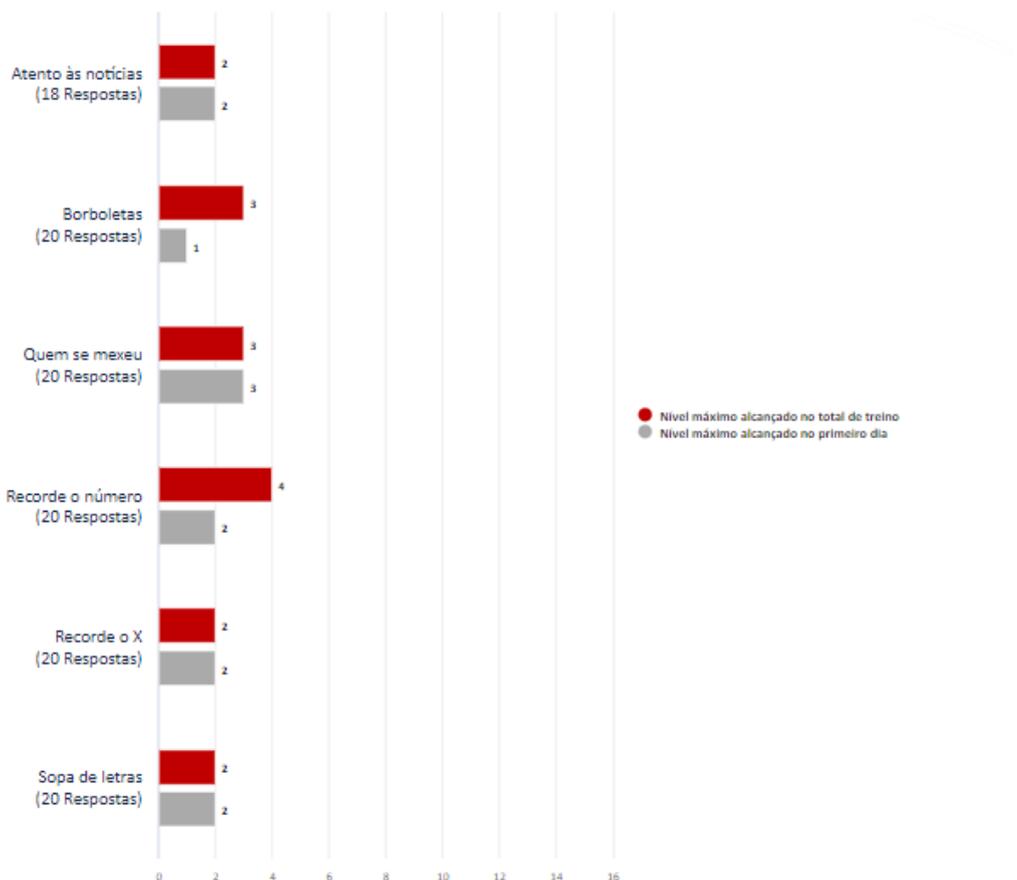
### Evolução (Cálculo)



**Gráfico 5** - Evolução dos níveis correspondente aos exercícios de Cálculo

No que se refere ao domínio do cálculo, é de notar que não houve uma melhoria significativa ao longo do período de intervenção. No entanto, é importante destacar que os níveis iniciais de dificuldade foram mantidos consistentemente, não havendo evidência de regressão.

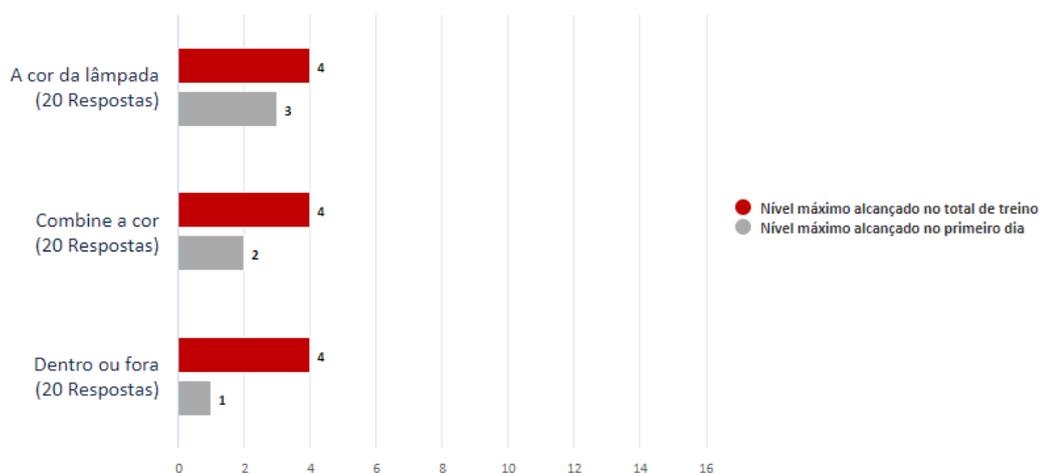
### Evolução (Memória)



**Gráfico 6** - Evolução dos níveis correspondente aos exercícios de Memória

No que diz respeito à memória, é possível constatar que houve uma evolução não significativa, exceto em dois exercícios específicos, nomeadamente "Recorde o número" e "Borboletas". Esses resultados estão em consonância com os dados obtidos nos testes, sugerindo que D. G. poderia apresentar maior desafio nessa área. É importante destacar, no entanto, que é meritório que ela tenha mantido consistentemente os seus níveis de desempenho e não tenha sofrido um retrocesso.

#### **Evolução (Funções executivas)**



**Gráfico 7** - Evolução dos níveis correspondente aos exercícios de Funções Executivas

A progressão observada nos exercícios relacionados às funções executivas destacou-se como particularmente notável, caracterizada por um aumento significativo nos níveis de desempenho. Esse crescimento sugere uma habilidade intrínseca em executar tarefas cognitivas superiores com precisão e eficiência, abrangendo a realização de tarefas com rigor e uma sólida capacidade de memória de trabalho para a manipulação temporária de informações (Banhato & Nascimento, 2007).

Após uma análise abrangente dos resultados obtidos através da plataforma CogWEB, é possível avaliar o desempenho da utente de forma positiva. No entanto, quando comparamos esses resultados com os obtidos nos testes de reavaliação realizados

após a intervenção, observamos que, em termos concretos, não houve uma evolução significativa.

No que diz respeito ao teste MMS, é importante notar que a pontuação após a intervenção é ligeiramente inferior, apresentando uma diminuição de 17 para 15 pontos em relação ao teste realizado no início da intervenção. Essa diminuição de pontos é mais observável nas subescalas de orientação e cálculo, mantendo inalterável todas as outras subescalas.

Por outro lado, no teste ADAS, os resultados são mais favoráveis, evidenciados por uma pontuação de 27 no ADAS-Cognitivo após a intervenção, em comparação com a pontuação inicial de 29. É importante ressaltar que, no contexto do ADAS, uma pontuação mais baixa indica uma melhoria no desempenho cognitivo. Destaca-se, particularmente, a melhoria na subescala de praxia ideativa e na capacidade de linguagem oral.

No que diz respeito à subescala de memória, observamos resultados ligeiramente superiores no teste de reavaliação, embora não significativos, com uma discrepância de apenas 1 ponto nessas subescalas. É relevante mencionar que o teste foi realizado no período da tarde, num dia em que a paciente apresentava sinais de fadiga, o que pode ter influenciado os resultados dos testes. Portanto, é importante considerar essas circunstâncias ao interpretar os resultados da reavaliação cognitiva.

A experiência de intervenção com esta paciente revelou-se altamente positiva, não apenas por proporcionar a aquisição de novas habilidades numa área de intervenção até então desconhecida, mas também pelo desenvolvimento de uma forte componente relacional durante as sessões. Esta relação estabelecida com a paciente desempenhou um papel crucial no sucesso e na manutenção do interesse dela pelas atividades. Arrisco em

dizer que foi o mais gratificante e que foi notório a capacidade crescente de D. G. em cada exercício, e sempre que existia um estímulo motivacional da minha parte.

O trabalho realizado com esta utente proporcionou uma oportunidade valiosa de aprendizagem e reflexão. Ficou evidente a importância de prestar atenção tanto às respostas quanto ao comportamento da utente durante as avaliações. A intervenção também ressaltou a importância de abordar a frustração que ocasionalmente surgia quando D. G., devido ao cansaço, interrompia o exercício. A cada sessão, a confiança nos resultados obtidos, medidos pelo nível de desempenho e pelo número de respostas corretas, crescia.

É importante observar que, de acordo com a reavaliação desta utente, enquanto ela participou do programa de estimulação cognitiva, as suas funções cognitivas não apresentaram declínio significativo.

## **2.2. Avaliação Psicológica – Estudo de Caso Senhora I. C.**

### **2.2.1. Apresentação do Caso Clínico**

A utente, a partir deste momento referida como I. C., tem 62 anos de idade e foi admitida nesta unidade de saúde em outubro de 2022 devido à ocorrência repetida de episódios delirantes. A decisão da sua institucionalização deu-se em virtude da impossibilidade do pai, com 93 anos de idade, continuar a prestar os cuidados necessários a I. C., dadas as suas limitações físicas e de saúde.

Está atualmente sob o regime de maior acompanhado, conforme estabelecido pela Lei nº 49/2018 de 14 de agosto. As medidas de acompanhamento são exercidas pela sua irmã mais velha, em virtude da incapacidade de I.C. em exercer pessoalmente, plena e conscientemente os seus próprios direitos, assim como em cumprir os seus deveres.

A utente foi encaminhada para avaliação psicológica pela orientadora de estágio. Esta avaliação tem como objetivo possibilitar a obtenção de um diagnóstico mais preciso e confiável.

### **2.2.2. Entrevista Clínica e Anamnese**

No dia 27 de outubro de 2022, foi realizado um processo de recolha de dados e construção da anamnese, recorrendo ao método de entrevista clínica que decorreu no gabinete de psicologia da casa de saúde. Esta etapa visou investigar a viabilidade de uma intervenção de natureza psicológica, bem como avaliar a necessidade de empregar outros instrumentos de avaliação psicológica que possam complementar e esclarecer aspetos relacionados à personalidade e ao estado mental, que se revelem significativos para a compreensão da problemática em questão.

#### **2.2.2.1. Identificação e Dados Sociodemográficos:**

A utente, de 62 anos de idade, é do sexo feminino e encontra-se solteira. Possui formação profissional em secretariado, equivalente ao nível de escolaridade correspondente ao 9º ano atual. I. C. nasceu em Macau, uma vez que o seu pai desempenhava funções militares e estava destacado nesse território. Ela mudou-se para Portugal aos 4 anos de idade.

#### **2.2.2.2. Observação e Exame do estado mental**

A utente apresentou-se cordialmente para a sessão, demonstrando cuidado com a sua higiene pessoal e vestia-se de forma apropriada. Durante a sessão de acompanhamento, foi observada alguma agitação motora, e a utente permaneceu tensa ao

longo de todo o encontro. O seu discurso caracterizou-se por um tom monocórdico e alguma dificuldade na dicção das palavras.

I. C. demonstrou que as capacidades de orientação pessoal e a noção do ambiente ao seu redor estão preservadas, sem sinais de variações no seu estado de consciência. Todavia, a paciente exibiu dificuldades na memória episódica.

O humor da paciente apresentou-se ansioso, e com oscilações de pensamento, manifestando ideias delirantes, com despersonalização na vivência do eu, “eu sou um homem e estou grávido, tenho um bebé no estômago e que estou capada”, “tenho um pénis na perna” (*sic*). Porém, demonstrou autocrítica ao descrevê-los como "pensamentos malucos" (*sic*).

#### **2.2.2.3. Anamnese**

É a terceira filha de uma fratria de 4, tendo um irmão e uma irmã mais velhos, ambos nascidos em Macau e uma irmã mais nova, que nasceu em Portugal, após a sua vinda com 4 anos para Lisboa. Tanto quanto se recorda nasceu de parto normal e sem qualquer complicação.

Residia na localidade de Odivelas, onde compartilhava a residência com os seus avós maternos, mãe e irmãos, uma vez que o pai esteve destacado em Timor durante um período de 11 anos, regressando apenas quando a utente atingiu a idade de 16 anos. As relações com os membros da família eram geralmente harmoniosas, exceto em relação ao pai, cuja distância geográfica resultou numa relação mais distante e fria, conforme citado pela utente, que expressou sentir a ausência de uma figura paterna, “vivi sem a figura de um pai” (*sic*).

Durante a sua infância, a utente reporta ter experimentado episódios recorrentes de epilepsia, resultantes de uma infeção por varíola que contraiu e subsequente

desenvolvimento de meningite. Em virtude destes acontecimentos, I. C. não pôde frequentar a escola pública e, em vez disso, recebeu instrução em casa, até à quarta classe, devido à recorrência dos episódios mencionados. Ela lamenta esta circunstância, uma vez que não teve a oportunidade de fazer amizades na escola, limitando-se às interações com os amigos dos seus irmãos que ocasionalmente visitavam a sua casa.

Mais tarde concluiu o ensino secundário numa instituição pública e posteriormente prosseguiu com a sua educação, concluindo um curso de secretariado. Quando questionada sobre as suas experiências pessoais durante o período escolar, I. C. relata um isolamento voluntário devido ao assédio moral que sofria por parte dos colegas, pelos episódios de epilepsia.

Durante a sua fase escolar, os episódios de epilepsia eram uma preocupação constante. Estes episódios ocorriam diariamente, com algumas ocorrências apresentando convulsões, ainda que com menos frequência. A utente menciona ter vivenciado ataques que duraram até 7 horas, tendo o evento mais prolongado uma duração de 10 horas.

Posteriormente, assegurou um emprego na área do secretariado, embora não consiga precisar o local. No entanto, ela enfrentou um episódio de convulsão de 7 horas, resultando na sua dispensa do trabalho. Apesar de encontrar outra colocação profissional, a utente foi novamente dispensada devido a um episódio semelhante. Em última instância, aposentou-se por invalidez, com uma atribuição de 95% de incapacidade.

A utente relata ter passado por uma intervenção cirúrgica cerebral, no ano de 1997, devido aos frequentes ataques epiléticos, resultando na remoção de uma porção de 4x2cm do cérebro.

Mesmo após a reforma devido à epilepsia, I. C. continuou ativa, dedicando-se ao trabalho voluntário no Hospital Egas Moniz. Durante este período, ela registrava informações médicas em computadores e descreveu sentir-se muito satisfeita, atribuindo

essa sensação ao sucesso da cirurgia cerebral realizada em decorrência dos ataques epiléticos. Embora não relate incidentes específicos, a utente menciona um período de grande euforia, seguido por uma depressão profunda, durante o qual chegava a chorar no autocarro sem nenhuma razão aparente. Tendo sido internada no hospital Júlio de Matos também no ano de 1997, devido a esse estado depressivo.

A vida sexual de I. C. teve início aos 40 anos, com um homem que conheceu durante um curso de informática. Ela relata ter sido vítima de abuso verbal e emocional por parte deste homem, que ameaçou deixá-la com "marcas". Os eventos traumáticos que ocorreram em 2000, incluindo os maus-tratos sofridos e abusos sexuais, "Eu tive uma relação muito negativa, uma primeira relação muito negativa. Fazia coisas que eu não gostava de fazer, às vezes coisas com 2 homens, às vezes coisas com duas mulheres" (*sic.*). Foi também a partir deste ano que se iniciaram os episódios delirantes.

O falecimento da sua mãe em 2007, devido a complicações relacionadas ao diabetes, agravou ainda mais a sua situação emocional. Foi internada em várias ocasiões, no hospital Júlio de Matos, após esta perda, devido a episódios de depressão major. Ao longo destes internamentos foi também diagnosticada com uma psicose epilética.

A utente refere ainda não ter memória nenhuma entre o ano de 2001 e 2006, assim como de 2009 a 2013.

#### **2.2.2.4. História da Doença Atual**

A utente, apresenta uma condição atual que envolve uma série de sintomas psiquiátricos e emocionais. A sua queixa principal gira em torno de uma sensação constante de ansiedade, expressando angústia e nervosismo como parte integrante de seu estado.

Os sintomas ansiosos manifestam-se através de uma agitação física persistente, tornando-se difícil I.C. permanecer quieta. Ela também relata a ocorrência frequente de sonhos noturnos que são repetitivos e recorrentes, resultando numa considerável ansiedade durante o dia. Curiosamente, esses sonhos parecem intensificar-se no inverno, embora a ansiedade seja uma presença constante na sua vida.

Além dos sintomas ansiosos, I.C. apresenta sintomas delirantes. Ela acredita que está a ser perseguida e que a sua prisão iminente é inevitável (delírios persecutórios). Além disso, ela experimenta delírios místicos, acreditando que está amaldiçoada, bem como delírios sintomáticos de natureza sexual, como já mencionado.

Essa combinação de sintomas afeta significativamente as suas relações pessoais, uma vez que I.C. é extremamente tímida e tem dificuldade em se comunicar e estabelecer conexões interpessoais. Ela tenta utilizar o piano como uma forma de distração, mas a sua paciência para essa atividade tem diminuído.

Uma avaliação psicológica completa é essencial para uma compreensão mais aprofundada desta condição, permitindo o estabelecimento de um diagnóstico mais preciso e o desenvolvimento de um plano de tratamento adequado. É crucial que I.C. receba apoio psiquiátrico e psicológico especializado para lidar com os seus desafios emocionais e mentais.

### **2.2.3. Avaliação Psicológica**

Desta forma, procedeu-se à administração dos testes de Rorschach com o propósito de avaliar características de personalidade, bem como ao uso do Minnesota Multiphasic Personality Inventory, versão reduzida (MMPI) para a avaliação de traços de personalidade e sintomatologia psicopatológica. Além disso, a Escala de Depressão Geriátrica foi aplicada devido ao histórico de internamentos da utente.

- **Resultados da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica**

No que concerne à Escala de Depressão Geriátrica, os resultados obtidos, totalizam 11 pontos, o que indica a presença de uma depressão leve. É possível considerar a ausência de depressão ou, pelo menos, a sua ausência de significado psicopatológico substancial.

- **Resultados do MMPI**

	Escala de			T. Neurótica			Tr. P.	T. Psicótica			MA
	Validade			HS	D	HY	PD	PA	PT	SC	
	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	
<b>T. Bruto</b>	2	2	6	6	11	7	6	6	9	11	6
<b>Nota Bruta</b>	6	6	13	14	33	21	20	15	23	32	18
<b>Nota T</b>	52	44	53	21	66	48	62	67	64	<b>81</b>	53

**Tabela 5** – Apresentação da Cotação do teste Mini-Mult

Após a conclusão do teste, composto por 71 afirmações de natureza verdadeira ou falsa, que foi administrado nas instalações do consultório de psicologia da unidade de saúde, procedeu-se à avaliação das respostas e à atribuição de uma pontuação bruta para cada escala, a qual foi subsequentemente convertida numa Nota T. Nesse processo, a média é estabelecida em 50, com um desvio padrão de 10. É importante observar que pontuações T superiores a 70 são consideradas indicativas de possíveis condições patológicas (Felizardo, 2005). A análise da posição dos indivíduos em cada uma das escalas é essencial para a elaboração de um perfil de personalidade detalhado. (Lopes, et al., 2001)

• **Resultados do Teste de Rorschach**

<b>Cartão</b>	<b>Tempo</b>	<b>Direção</b>	<b>Discurso</b>	<b>Cotação</b>
I	6''	^	<b>Discurso Espontâneo:</b> “Vejo um mocho”. <b>Inquérito:</b> “Vejo aqui os olhos [ <i>em cima</i> ] (...) a cabeça [ <i>centro</i> ] e as asas [ <i>laterais</i> ], aqui o resto do corpo”. [ <i>em baixo</i> ]	G F+ A ban
II	8''	^	<b>Discurso Espontâneo:</b> “É as manchas que contam, não é? (...) Esta não sei (...) talvez um pássaro com asas abertas”. <b>Inquérito:</b> Isto são as asas [ <i>macha preta</i> ] e a cabeça [ <i>em baixo</i> ] e os pés. [ <i>em cima – mancha negra</i> ]	D F+/- A
III	7''	^	<b>Discurso Espontâneo:</b> “Vejo uma cara, um nariz, os olhos e a boca”. <b>Inquérito:</b> Os olhos [ <i>as duas manchas mais redondas acima</i> ], o nariz [ <i>a mancha vermelha ao centro</i> ], a boca. [ <i>mancha negra mais central abaixo</i> ]	D F- Hd
IV	4''	^	<b>Discurso Espontâneo:</b> “Isto é um macaco com as pernas abertas”. <b>Inquérito:</b> Sim, a cabeça do macaco muito pequena [ <i>em cima</i> ], o tronco [ <i>ao longo do mancha</i> ] e ao meio o rabo. [ <i>mancha central abaixo</i> ]	G F+ A
V	9''	^	<b>Discurso Espontâneo:</b> “Vejo (...) um (...) ai! Como é que aquilo se chama? (...) não é borboleta, é um mosquito. <b>Inquérito:</b> O mosquito. São as asas [ <i>laterais</i> ] e aqui a cabeça do mosquito [ <i>acima</i> ] com antenas.	G F+ A ban
VI	11'	^	<b>Discurso Espontâneo:</b> “Um cérebro aberto”. <b>Inquérito:</b> O cérebro aberto aqui [ <i>laterais</i> ] e aqui a parte do meio que separa, não sei o nome.	G F+/- Ant

VII	29''	> ^ > ^	<b>Discurso Espontâneo:</b> “Vejo duas pessoas”. <b>Inquérito:</b> São duas pessoas sentadas a fazer sexo, mas neutras.	G K Sexo
VIII	13''	^	<b>Discurso Espontâneo:</b> “Vejo uma coroa”. <b>Inquérito:</b> A coroa é a parte branca [ <i>central</i> ] e as joias. [ <i>mancha abaixo</i> ]	Dbl F- Obj
IX	11''	> v	<b>Discurso Espontâneo:</b> “Esta não sei (...) assim vejo um vulcão”. <b>Inquérito:</b> O vermelho é a lava, aqui o monte é verde e a parte interna do vulcão .[ <i>laranja</i> ]	G CF- Nat
X	24''	^	<b>Discurso Espontâneo:</b> “O Cristo Rei”. <b>Inquérito:</b> O Cristo Rei [ <i>mancha superior com tons cinza</i> ], a parte de baixo do Cristo Rei [ <i>mancha laranja</i> ] com foguetes.	D F- Arq

**Tabela 6** – Apresentação da Cotação do teste de Rorschach

Psicograma obtido:

R = 10	G = 6	F+ = 3	A = 4	G% = 60%
	D = 4	F- = 3	Hd = 1	D% = 40%
	(Dbl = 1)	F+/- = 2		
		CF- = 1	ban = 2	F+% = 30%
		K = 1	Ant = 1	F-% = 30%
			Obj = 1	F+/-% = 20%
			Nat = 1	
			Arq = 1	A% = 40%
			Sex = 1	Hd% = 10%

#### **2.2.4. Análise e Discussão Clínica**

Ao avaliar as escalas de validade do MMPI, é possível concluir que, considerando a escala L, que aborda situações socialmente desejáveis, porém raramente verdadeiras, e observando que os resultados se situam dentro da média, é plausível afirmar que as respostas obtidas são consistentes e válidas (Felizardo, 2005; Álvarez, 2016).

A escala F tem como finalidade a identificação de padrões de resposta incomuns aos itens do teste (Felizardo, 2005). Conforme apontado por Arias-Congrains (2007), pontuações que se igualam ou ficam abaixo de 44 nessa escala podem sugerir a negação de sintomas ou mesmo a possibilidade de uma falsificação positiva intencional. Isso pode indicar que I. C. possa ter fornecido informações intencionalmente incorretas com o propósito de obter um resultado aparentemente favorável, mesmo que esse resultado seja enganoso ou impreciso.

Porém, segundo Álvarez (2016) o teste continua a ser aceito e válido pode sugerir apenas algum conformismo e uma tentativa da utente se apresentar de forma socialmente aceitável. Isso indica um possível esforço para mascarar sintomas de problemas psicológicos ou emocionais, possivelmente motivado pelo desejo de evitar o estigma associado a esses problemas.

Ao analisarmos a tríade neurótica, observamos que a utente apresenta pontuações dentro da faixa normativa, ou seja, entre 50 e 70, o que indica a ausência de sinais de hipocondria (Hs), depressão (D) e histeria (Hy). No entanto, é importante destacar que, embora a pontuação referente à depressão não ultrapasse os 70, indicando a ausência de uma condição psicopatológica significativa, ela encontra-se no limite superior da faixa normativa (T = 66). Essa observação está em linha com os resultados do teste "Escala de Depressão Geriátrica", sugerindo que, embora não seja possível diagnosticar um quadro

de depressão, a pessoa em questão apresenta sintomas depressivos dignos de consideração (Felizardo, 2005; Álvarez, 2016).

Por sua vez, na tríade psicótica destaca-se a escala de esquizofrenia (Sc) com um valor muito elevado ( $T = 81$ ). O que segundo os autores Felizardo (2005) e Álvarez (2016), pode ser indicativo de alterações de pensamento e comportamentos excêntricos, isolamento social, contato com a realidade deficiente e manifestação de tendências delirantes.

Assim, a utente de facto manifesta pensamentos desorganizados o que sugere uma irregularidade no processamento cognitivo. Apresenta dificuldades em manter um contato adequado com a realidade, pois existe a presença de sintomas psicóticos, como os delírios, nomeadamente sintomáticos, persecutórios e místicos. Existe também um isolamento social, o que pode ser resultado de seus sintomas psicóticos, como a dificuldade em interagir com os outros de maneira convencional.

Esta escala demasiado elevada pode ser indicativa de um prognóstico terapêutico desfavorável, indicando que o tratamento pode ser complexo e desafiador devido à gravidade dos sintomas (Álvarez, 2016).

Em relação à escala que aborda a paranoia (Pa), é relevante observar que, embora a pontuação não alcance o limiar de  $T = 70$ , apresenta-se substancialmente elevada. Este facto ganha importância considerando o contexto psicótico da utente, pois as suas experiências de ideias de referência e sentimentos de perseguição, conforme delineado por Felizardo (2005), podem ser indicativas de uma perturbação grave de personalidade, como a psicose paranoica ou delírio paranoide.

Em virtude dessa consideração, procedeu-se à administração do teste de Rorschach, com o propósito de identificar possíveis traços de personalidade que possam

estar a exercer influência sobre os sintomas apresentados ou, de alguma forma, contribuindo para a sua intensificação.

Ao analisar os resultados do psicograma, é possível destacar que as respostas da categoria G demonstram um valor significativamente superior à média esperada, que normalmente se situa entre 20% e 30%. Esta situação pode revelar uma fragilidade extrema em relação à imagem pessoal, evidenciando um esforço incansável para se adaptar a padrões sociais globais. Esse empenho não admite concessões ou ajustes, representando, assim, uma completa renúncia à própria individualidade. No entanto, essa busca intransigente pela globalização total pode resultar numa identidade frágil e fragmentada (Chabert, 1997).

Esses dados podem ser congruentes com o perfil psicológico de I. C., evidenciando uma necessidade de pertencimento e estabelecimento de relacionamentos interpessoais. É relevante notar que, ao longo da sua trajetória de vida, essa necessidade não foi plenamente satisfeita devido às recorrentes crises epiléticas, o que a levou a experimentar uma sensação de exclusão e isolamento social.

A observação de que muitas respostas classificadas como F-, ou seja, de má qualidade, no contexto do teste projetivo de Rorschach pode ser de relevância clínica significativa quando consideramos o perfil de I. C. que manifesta delírios. Logo denota dificuldade em enquadrar-se na realidade, pois apreende esta com dificuldade.

Neste cenário, especialmente no que diz respeito a delírios persecutórios ou somáticos, é possível que a utente vivencie uma distorção perceptual da realidade. As respostas no teste de Rorschach que demonstram desadaptação ao mundo real podem refletir visualmente essa distorção perceptual. Essa situação está associada a uma frágil demarcação do espaço psíquico, o que resulta numa conexão precária com a realidade, conforme descrito por Chabert (1997).

Observa-se, adicionalmente, no caso de I. C., a presença de valores acima da média nas respostas relacionadas a conteúdo humano, sugerindo a possibilidade de ansiedade, particularmente nas respostas denominadas como Hd. Essa ansiedade pode estar relacionada à incorporação negativa da figura humana (Chabert, 1997).

Ao analisar a anamnese de I. C., é pertinente destacar que os seus delírios e pensamentos em relação ao corpo humano apresentam distorções significativas, agravadas pelo componente sexual associado ao trauma resultante de experiências com o seu namorado. A observação de que as suas respostas ao teste apresentam um conteúdo humano acima da média pode indicar o impacto negativo de suas experiências sexuais traumáticas. Além disso, a presença da escala de paranoia identificada no MMPI pode agravar seu estado de confusão mental. Estes fatores, quando considerados em conjunto, apontam para uma complexa interação entre as suas experiências traumáticas, delírios e sintomas psicopatológicos.

Dissecando o conteúdo latente cartão a cartão temos:

Cartão I: Quando a utente se depara com uma situação projetiva inédita, ela demonstra habilidade em se organizar através de uma imagem completa e unificada.

Cartão II: Dificuldade no manuseamento das pulsões agressivas, pois a utente opta por evitar a interpretação do vermelho, focando apenas no preto. Além disso, o facto de evitar uma resposta afetiva, que está intrinsecamente relacionada ao conteúdo latente deste cartão, pode indicar desafios no estabelecimento de relações interpessoais e uma deficiência na expressão emocional. A pergunta formulada pode indicar a presença de ansiedade relacionada com os afetos.

Cartão III: A ausência de percepção de seres humanos, sugere a possibilidade de uma incapacidade de estabelecer identificação com outros indivíduos. Essa falta de identificação pode indicar uma condição potencialmente psicótica.

Cartão IV: Pode significar que a utente expressa ou exterioriza características ou traços de personalidade associados à masculinidade. De alguma forma expressa aspetos da identidade de personalidade que são tradicionalmente associados ao sexo masculino. Pode evidenciar distorções na perceção da masculinidade, influenciadas pela crítica relacionada às características físicas, como a referência à cabeça pequena.

Cartão V: Demonstra um estado emocional equilibrado, sem emoções extremas, e é capaz de se ajustar às situações de forma adequada e saudável. Isso indica uma boa capacidade de se adaptar ao ambiente. A ansiedade pode surgir devido aos mecanismos de interpretação e negação, em resposta à pergunta apresentada.

Cartão VI: Parece não apresentar problemas emocionais ou psicológicos graves relacionados à sua sexualidade ou à sua perceção da virilidade. Demonstra uma visão deformada e alguma ansiedade em relação à sexualidade.

Cartão VII: Observa-se a representação de uma possível dificuldade relacionada com elementos maternos, uma vez que foi selecionado como o menos apreciado. Além disso, este cartão evoca temas associados ao feminino e, nesse contexto, uma resposta sexual é mencionada. Essa combinação pode indicar uma fragilidade na esfera sexual de I. C.

Cartão VIII: Observa-se uma fragilidade nos limites, que por sua vez contribui para a contenção extrema da afetividade. A interpretação predominante do branco (o que é incomum), é um fenómeno que é frequentemente associado a casos de neurose de angústia, histeria e esquizofrenia.

Cartão IX: Pode significar impulsos instintivos e emocionais intensos, sugere ainda uma volta a estados emocionais ou comportamentais mais primitivos ou menos desenvolvidos.

Cartão X: Pode significar projeção de um *self* fraturado, onde não há coesão ou unidade entre as diversas partes. Pode sugerir superioridade em relação aos outros.

Podemos concluir que o perfil de personalidade de I. C. é bastante complexo, com uma forte necessidade de pertencimento, fragilidade na imagem pessoal, desafios no controlo emocional, e uma possível influência de traumas passados nos seus sintomas atuais, incluindo distorções perceptuais e delírios.

### **2.2.5. Reflexão final do caso**

Com base nos resultados dos testes realizados, é fundamental destacar a complexidade da avaliação psicológica de I. C., revelando diversas áreas de preocupação.

Em primeiro, os resultados da escala L do MMPI sugerem a possibilidade de que I. C. tente retratar uma imagem de si mesma que seja socialmente aceite. Assim, pode ser indicativo de um desejo por parte da utente de evitar o estigma associado a problemas de saúde mental.

Além disso, as pontuações elevadas na escala de esquizofrenia do MMPI levantam preocupações sobre possíveis distorções no pensamento, comportamentos excêntricos e tendências delirantes em I. C.

A análise do teste de Rorschach revela diversas características que apontam para uma personalidade complexa, incluindo uma forte necessidade de pertencimento, desafios no controlo emocional, distorções perceptuais e possíveis influências traumáticas na sua experiência atual.

Na presença destas observações, a hipótese diagnóstica mais provável é a Perturbação Delirante, de acordo com os critérios do DSM-V:

- A presença de um ou mais delírios com duração de um mês ou mais.
- O Critério A para esquizofrenia nunca foi atendido.

- Não há relato de alucinações.
- Episódios depressivos ocorreram, mas foram breves em comparação com a duração dos períodos delirantes.
- A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica, não sendo mais bem explicada por outro transtorno mental, como transtorno dismórfico corporal ou transtorno obsessivo-compulsivo.

É importante salientar que pode haver uma correlação entre a operação cerebral e o surgimento dos sintomas psicóticos após o trauma sexual, o que pode ser uma área relevante a ser investigada em futuras avaliações.

Realizar esta avaliação psicológica foi uma experiência profundamente enriquecedora e gratificante. Envolveu um processo complexo que vai muito além da simples aplicação de testes e questionários. Representou uma oportunidade única de compreender a complexidade da mente humana, e foi sem dúvida uma jornada emocionante.

A interação com a utente, onde a construção de uma relação de confiança desempenhou um papel fundamental. Ao longo do processo, a utente gradualmente sentiu-se mais à vontade para partilhar os seus pensamentos, sentimentos e experiências mais íntimas, o que foi crucial para uma avaliação precisa e completa.

A análise dos resultados dos testes é um momento crucial, pois é quando começamos a juntar peças do puzzle. Cada teste é como uma janela para a mente do paciente, revelando aspetos da sua personalidade, funcionamento cognitivo, emoções e traumas passados. Cada resposta, cada escolha, é uma pista que nos ajuda a entender melhor o indivíduo.

Consegui entender que a avaliação não é apenas sobre diagnóstico, também é sobre compreensão e empatia. À medida que mergulhei mais fundo na mente da utente, deparei-me com uma história de resiliência, força pessoal e juntamente com a fragilidade e humanidade de I. C.

No final, realizar esta avaliação psicológica foi uma experiência que me permitiu não apenas contribuir para o bem-estar da utente, mas também crescer como profissional. Foi um privilégio ter um vislumbre do mundo interior de alguém, e foi também uma grande responsabilidade. Foi uma jornada que me lembrou constantemente da importância da empatia, compreensão e respeito pelo outro.

### **2.3. Acompanhamento Psicológico – Estudo de caso Senhora E. C.**

#### **2.3.1. Apresentação do Caso Clínico**

Será apresentado o caso de acompanhamento psicológico da paciente E. C., de 69 anos de idade. A utente encontra-se atualmente sob cuidados desta unidade de saúde há aproximadamente três anos. Inicialmente, foi admitida noutra instituição de saúde pertencente à mesma congregação devido a uma crise de depressão grave, na qual permaneceu internada por um período de três meses. Demonstrava manifestações de melancolia persistente, diminuição acentuada do ânimo e da motivação, e apresentou-se no contexto clínico num estado marcado por catatonia e anedonia. Subsequentemente, após a sua alta hospitalar, a paciente foi encaminhada para a unidade de saúde de longa duração, na qual realizei o meu estágio.

Atualmente, a E. C. apresenta um grau limitado de independência funcional, sendo capaz de executar certas atividades básicas da vida diária, tais como levantar-se autonomamente e vestir-se, embora requeira assistência no que diz respeito aos cuidados de higiene diária.

Do ponto de vista psicossocial, a utente expressa um profundo pesar em relação à sua atual condição de dependência, acompanhado por um sentimento de indignação em relação à necessidade de sua institucionalização. Revela uma intensa tristeza, acompanhada de uma mágoa em relação às circunstâncias da vida que a levaram a esta situação. Além disso, a utente apresenta uma autoestima consideravelmente diminuída, o que impacta significativamente a sua saúde emocional e causa prejuízo nas relações interpessoais.

### **2.3.2. Motivo do pedido**

A E. C. estava a ter acompanhamento com uma colega do serviço de psicologia, que posteriormente foi transferida para outra unidade de saúde, resultando na transição do seu caso para a minha supervisão. A decisão de iniciar esse acompanhamento ocorreu após uma avaliação multidisciplinar realizada no momento da sua admissão. A principal razão que motivou essa intervenção inicial estava relacionada à sua significativa resistência em relação à institucionalização, um aspeto que exigiu atenção clínica e de suporte.

No entanto, à luz das informações atuais, a principal queixa da E. C. concentra-se na sua dificuldade de interação social. A utente descreve-se a si mesma como alguém extremamente tímida, atribuindo essa característica à sua personalidade intrínseca, afirmando: "Sou muito tímida, sempre fui assim, faz parte da minha personalidade..." (*sic.*). Adicionalmente, expressa uma preocupante falta de autoestima, manifestada pela crença de que coloca constantemente as suas próprias necessidades em último plano, como exemplificado pela sua declaração: "Eu ponho-me sempre em último lugar" (*sic.*).

### **2.3.3. Entrevista Clínica e Anamnese**

#### **2.3.3.1. Identificação e Dados Sociodemográficos**

A utente, de 69 anos de idade, é natural de Idanha-a-Nova e ficou viúva aos 27 anos, ou seja há 42 anos, pois não voltou a ter novos relacionamentos. Desse matrimónio, teve um filho e atualmente é avó de uma neta. Durante a sua carreira profissional, exerceu a atividade de costureira e, posteriormente, atuou como auxiliar de educação numa escola até à sua reforma.

#### **2.3.3.2. Observação e exame do estado mental**

A E. C. apresenta uma aparência bem cuidada, possui uma estatura acima da média e uma presença física imponente. Demonstra consistentemente amabilidade e cortesia na sua interação, caracterizando-se por um estilo de comunicação pouco fluido e monossilábico, com um tom de voz suave e ritmo pausado. Além disso, raramente mantém contato visual durante as suas conversas.

A utente apresenta um humor predominantemente ansioso, caracterizado por uma disposição emocional constantemente retraída e melancólica. No entanto, é importante destacar que demonstra vigilância e lucidez, com níveis adequados de atenção.

#### **2.3.3.3. Anamnese**

A utente é filha única e o seu nascimento ocorreu numa área rural nos arredores de Idanha-a-Nova. Ela relata ter uma memória limitada em relação às informações transmitidas pelos seus familiares sobre o seu parto, mas acredita que não houve complicações significativas relatadas nesse contexto.

A E. C. cresceu num ambiente familiar estável, destacando que as relações entre os seus pais eram muito harmoniosas. A sua infância decorreu principalmente num

ambiente rural, onde os seus pais desempenhavam atividades agrícolas. Durante esse período, ela frequentemente brincava no campo e entretinha-se com o que podia.

Aos seis anos de idade, a utente iniciou a sua educação formal na cidade de Idanha-a-Nova, e, notavelmente, enfrentava diariamente uma jornada de três horas a pé de casa até à escola e vice-versa. Apesar da dificuldade logística, ela relata ter vivido uma experiência escolar feliz e gratificante. Era uma aluna dedicada, demonstrando assiduidade exemplar e um entusiasmo notável pela aprendizagem e pelo estudo. Ao concluir o ensino fundamental, a E. C. teve de interromper o seu percurso educacional, uma vez que as limitações financeiras dos seus pais impossibilitaram essa continuidade. A utente expressa sentimentos de profunda decepção e tristeza em relação a essa circunstância, descrevendo: "Tive muita pena de não poder continuar a estudar, é uma coisa que eu ainda guardo" (*sic.*).

Após concluir o ensino primário, a E. C. foi aprender a costurar. Para tanto, ela mudou-se para a localidade de Idanha-a-Nova, com apenas 12 anos, onde passou a residir de forma independente. Durante esse período, a utente frequentou um atelier de costura, onde recebeu instrução nessa habilidade específica. A aquisição deste ofício revelou-se uma experiência de aprendizagem altamente gratificante para a E. C., que demonstrava uma notável perfeição no seu trabalho. Ela dedicou-se com grande diligência e empenho a essa atividade profissional.

Entretanto, é importante observar que, apesar da sua dedicação ao trabalho, a utente enfrentava um forte sentimento de solidão. Isso devia-se à frequência limitada das visitas dos seus pais, que ocorriam apenas uma vez por semana ou a cada duas semanas.

Nesse mesmo período, a utente assumiu a responsabilidade pelo cuidado da sua avó, uma vez que a sua mãe morava muito longe e não podia estar presente para prestar assistência. A avó da utente encontrava-se confinada à cama e enfrentava uma condição

de saúde debilitada. No entanto, a E. C. não possui detalhes específicos sobre a natureza da doença, exceto pelo seu relato de que a avó sofria constantemente e que essa situação lhe causava muita angústia.

A E. C. conheceu o seu futuro marido quando tinha apenas 13 anos, através de um grupo composto por três amigas com as quais costumava passear aos domingos. A relação evoluiu para um namoro quando ela atingiu a idade de 16 anos. A decisão de iniciar o relacionamento romântico foi motivada, em parte, pela mudança do então namorado para Lisboa, pois dessa forma ela teria tempo para as suas atividades profissionais, “comecei a namorar com ele porque ele veio para Lisboa, porque se estivéssemos os dois na Idanha ele ia-me roubar muito tempo no trabalho.” (*sic.*).

O casamento da E. C. ocorreu quando ela tinha 23 anos. Até aquele momento, o relacionamento mantinha-se principalmente por meio de correspondência, e os encontros pessoais eram raros, limitando-se ao período de verão quando o namorado visitava a sua cidade natal nas férias. Após o casamento, ela mudou-se para Lisboa para viver com ele, marcando uma transição significativa na sua vida e na sua relação conjugal.

Durante o seu período em Lisboa, a E. C. desempenhava funções administrativas numa cooperativa, ocupação que a satisfazia em termos pessoais, embora não proporcionasse uma realização financeira substancial. Simultaneamente, ela também realizava trabalhos de costura como atividade paralela. O seu marido, por sua vez, exercia a profissão de encadernador, numa empresa cujo nome já não se recorda.

O casal residia no bairro da Graça, desfrutando de uma vida caracterizada por tranquilidade e harmonia, conforme relatado por E. C.. Mencionou que o relacionamento conjugal era marcado pela ausência de conflitos significativos, proporcionando um ambiente estável e sereno na sua vida quotidiana.

Aos 24 anos de idade, a utente deu à luz o seu filho, de parto normal, que ocorreu sem quaisquer complicações. Este evento foi descrito pela paciente como um momento de profunda felicidade, uma vez que o nascimento do seu filho representou a realização de um sonho há muito desejado. A chegada da criança trouxe uma imensa alegria à vida da utente e da sua família.

A situação da utente tornou-se substancialmente mais desafiadora quando o seu marido enfrentou um período de doença grave. Embora tenha optado por não detalhar a natureza específica da doença, ela menciona que se tratou de uma condição de saúde prolongada que a afetou profundamente. Durante o curso desta doença, a E. C. manteve uma esperança contínua de recuperação do seu marido, no entanto, lamentavelmente, ele veio a falecer quando ela tinha 26 anos, enquanto o seu filho tinha apenas 2 anos de idade. Esse evento deixou a utente numa situação de profunda dor pela perda e deixou-a como única responsável pelo cuidado do seu filho.

A paciente mantém uma significativa carga emocional de ressentimento, tristeza e amargura decorrentes de ter enfrentado a viuvez tão cedo. Ela expressa os seus sentimentos com as palavras: "...a vida pregou-me esta partida, mas eu prefiro não falar que fico pior" (*sic.*). Essa experiência dolorosa e a perda precoce de seu cônjuge deixaram marcas profundas na sua vida, gerando um conjunto complexo de emoções que continuam a afetar o seu bem-estar emocional.

Após a ocorrência dessa situação, E.C. enfrentou um período de prolongado sofrimento emocional, marcado por intensa tristeza e solidão. Durante esse período, a sua principal fonte de apoio era uma vizinha, com quem desenvolveu uma amizade próxima e que a auxiliava nas suas dificuldades. Posteriormente, a utente realizou uma mudança de emprego para uma escola, onde permaneceu até atingir a idade de reforma. Este trabalho foi uma fonte de satisfação e conforto para a utente, uma vez que ela se sentia

bem nele e apreciava a proximidade da sua residência, o que contribuiu para uma maior qualidade de vida em termos de deslocamento e conveniência.

Num estágio posterior da vida, o pai da E. C. sofreu um acidente vascular cerebral (AVC), o que resultou num quadro de doença debilitante. Nesse período, ela tomou a decisão de viajar regularmente de Lisboa para a Idanha-a-Nova, onde os seus pais residiam, com o propósito de prestar cuidados ao pai e oferecer apoio à sua mãe. Essa dedicação exigiu um esforço significativo e mostrou-se fisicamente desgastante, mas a E. C. sentiu uma profunda necessidade de estar presente para ajudar a sua família nesse momento desafiador.

O seu pai, devido ao AVC, ficou acamado e completamente dependente, e, dada a idade avançada da sua mãe, a paciente assumiu a responsabilidade de cuidar de ambos, mas sem nunca alterar a sua residência, ou seja, deslocava-se semanalmente de Lisboa para fazê-lo. O período em que essa assistência perdurou não pôde ser especificamente quantificado pela utente, mas abrangeu ainda alguns anos.

Em mais um desdobramento doloroso da vida, a mãe da utente também acabou por falecer devido a um AVC. Um evento inesperado que a abalou profundamente. Enfrentar essa perda adicional teve um impacto devastador na sua saúde emocional e mental, levando-a a um estado emocional particularmente difícil.

Devido a essa série de eventos, a E. C. foi confrontada com a difícil decisão de institucionalizar o seu pai, uma escolha que ela descreve como extremamente dolorosa e que ainda a assombra com sentimentos de culpa. Nas suas próprias palavras: "...ainda sinto muita culpa, mas não podia fazer outra coisa" (*sic.*).

A paciente relata ter experimentado períodos de extrema dificuldade e sofrimento emocional, manifestando uma dor intensa e persistente. No entanto, é importante ressaltar

que, apesar dessas adversidades, ela sempre manteve o seu compromisso em cumprir com as suas responsabilidades maternas de forma diligente.

Entretanto, à medida que o seu filho ingressava na idade adulta, ele ainda residia com a E. C.. Durante esse período, ocorreram mudanças significativas no seu ambiente de trabalho, incluindo a chegada de uma nova encarregada para exercer funções. A paciente descreve esse evento com as palavras: "...foi aí que tudo rebentou" (*sic.*).

A partir desse momento, a utente começou a experimentar um ambiente de trabalho altamente adverso, no qual ela se sentia alvo de perseguição por parte das suas colegas e da encarregada. Esse assédio manifestava-se sob a forma de difamação, com acusações infundadas de que ela não estava a desempenhar as suas tarefas de trabalho, além da propagação de falsidades que denegriam a sua reputação. Essa situação criou um ambiente hostil e tóxico, resultando numa considerável angústia emocional para a E. C.. Nas palavras dela: "Fui muito pisada e magoaram-me muito, não sei porquê. Eu só trabalhava e ajudava os outros, mas todos os dias penso nisso" (*sic.*).

A experiência traumática no ambiente de trabalho desempenhou um papel significativo na sua saúde emocional, levando a um agravamento do seu estado psicológico. A utente atribui parte de sua atual condição à hostilidade que enfrentou no trabalho, destacando que foi a partir desse período que a sua saúde emocional começou a deteriorar-se, "é por causa delas que estou aqui, foi a partir daí que piorei" (*sic.*).

A utente informou que passou por múltiplos internamentos ao longo da sua vida após os eventos mencionados. No entanto, ela não consegue fornecer informações precisas quanto ao número de internamentos realizados nem à duração de cada período hospitalar. Durante esses internamentos, a utente recebeu o diagnóstico de doença bipolar, embora não tenha experimentado nenhum episódio de mania. É relevante observar que, em todas as ocasiões de internamento, foi o seu filho quem a conduziu ao hospital devido

a sintomas que incluíam tristeza intensa, apatia, e mal-estar geral, sugerindo um grave impacto no seu bem-estar emocional.

#### **2.3.3.4. História da Doença Atual**

A E. C. recebeu o diagnóstico de doença bipolar. Recentemente tem sentido uma crescente preocupação em relação ao envelhecimento e às possíveis complicações de saúde que possam surgir no futuro. Tem um enorme pesar por não poder voltar para a sua própria casa e manter a sua independência, valorizando especialmente a oportunidade de apoiar seu filho e neta. A utente tinha uma grande afinidade com a costura e lamenta profundamente a incapacidade de continuar a confeccionar roupas, uma atividade que lhe trazia grande satisfação, particularmente para a sua neta.

A sua atual condição emocional carrega um peso significativo de revolta, relacionada às experiências traumáticas que vivenciou no ambiente de trabalho. Esses sentimentos de mágoa e tristeza persistem, e ela atribui grande parte de sua situação atual às ações das suas colegas de trabalho, o que aumenta ainda mais o seu sofrimento.

A E. C. lida constantemente com ansiedade e nervosismo, o que impacta a sua capacidade de confiar nas pessoas e, conseqüentemente, dificulta a formação de novas amizades na unidade de saúde em que se encontra. Ela também relata relutância em se envolver em atividades de grupo e dinâmicas, preferindo o isolamento, mencionando: "Eu falo com o trabalho" (*sic.*).

A E. C. revela uma dualidade na sua abordagem à aceitação dos eventos traumáticos que marcaram a sua trajetória de vida. Por um lado, ela articula uma disposição aparente para aceitar o passado, como exemplificado através da sua declaração: "Mas pronto, foi assim e eu aceito" (*sic.*). Essa perspectiva sugere uma

tentativa de lidar com as adversidades e buscar um senso de conformidade com as circunstâncias que não podem ser alteradas.

No entanto, essa aceitação coexiste com outra faceta do seu discurso, na qual ela expressa frustração e impaciência com o tempo que se passou desde os acontecimentos traumáticos. Ela menciona: “Eu já devia estar bem, isto já foi há tanto tempo” (*sic.*). Esta afirmação evidencia uma expectativa pessoal de que, com o passar dos anos, a sua saúde emocional deveria ter melhorado de forma mais substancial, o que não se concretizou.

Essa incongruência na aceitação reflete a complexidade do seu processo de recuperação e o peso contínuo que os eventos passados têm na sua vida. A utente enfrenta uma tensão interna entre o desejo de superar as experiências traumáticas e a realidade de que os impactos emocionais desses eventos persistem, desafiando a sua procura pela aceitação plena.

#### **2.3.4. Acompanhamento Psicológico**

As sessões de acompanhamento psicológico da E. C. tiveram início no dia 9 de fevereiro de 2023 e terminaram a 25 de maio do mesmo ano, tendo totalizado 11 sessões.

As sessões tiveram lugar no consultório de psicologia da unidade de saúde, e tinham um tempo de 50 minutos.

##### **Primeira Sessão:**

A utente compareceu pontualmente à sessão agendada e, de imediato, foi estabelecido que os 50 minutos destinados à consulta eram lhe dedicados exclusivamente, sendo livre para utilizá-los conforme considerasse apropriado. Além disso, enfatizou-se que tudo o que fosse discutido na sessão seria tratado com absoluto sigilo e confidencialidade.

A E. C. demonstrou uma postura inicial de extrema reserva e introspecção, com raros contatos visuais estabelecidos, frequentemente mantendo o olhar voltado para o chão durante a consulta. Essa atitude reservada e cabisbaixa sugere uma hesitação inicial em abrir-se e compartilhar as suas experiências e emoções, indicando a possível presença de barreiras emocionais ou desconforto em relação à exposição das suas vivências.

A utente reconhece a sua natureza tímida e reservada de forma inequívoca, enfatizando que essa característica é uma parte intrínseca da sua personalidade, conforme ela mesma expressa: "Sou muito tímida, sempre fui assim, faz parte da minha personalidade." (*sic.*). Essa timidez, segundo relata, tem sido uma constante na sua vida, dificultando a sua capacidade de expressar as suas emoções. A E. C. compartilha que não se sente à vontade para iniciar conversas e, por isso, encontra refúgio na atividade de tricot, mencionando: "Eu falo com o trabalho" (*sic.*), fazendo referência à sua preferência por se comunicar por meio das suas atividades manuais.

Num momento de aparente ambivalência, após uma resposta de compreensão empática da minha parte em relação a essa temática, a E. C. declara: "...sou assim, mas isso não me traz sofrimento" (*sic.*), o que pode ser interpretado como um sinal de incongruência, uma vez que a paciente manifestou no início da sessão uma queixa relativa à sua dificuldade em expressar emoções.

Dadas as pausas frequentes e os momentos de silêncio durante a sessão de acompanhamento, a utente expressou a preferência de que fosse eu a assumir o papel de conduzir as perguntas. Isso permitiu a construção gradual de sua história de vida, com ênfase nos eventos sobre a sua infância e adolescência.

A sessão foi concluída com a paciente num estado de ânimo positivo, expressando gratidão pelo tempo compartilhado e pedindo desculpas por qualquer eventual

desconforto. Essa atitude final pode denotar uma abertura para o processo terapêutico e um reconhecimento da relação terapêutica estabelecida durante a sessão.

### **Segunda Sessão:**

Nesta sessão, a utente apresentou-se inicialmente num estado de retração e introspeção, mencionando que não havia ocorrido qualquer mudança significativa desde a semana anterior e relatando um estado de calma, embora a sua linguagem corporal transmitisse uma mensagem contrária.

Durante a sessão, ao oferecer uma resposta de compreensão empática em relação ao seu não-verbal, a paciente revelou que estava a enfrentar uma considerável ansiedade devido a uma sensação desconfortável na garganta, que às vezes a levava a perder a voz. Além disso, ela compartilhou que, sendo uma pessoa que tende a pensar negativamente, frequentemente teme tragédias iminentes.

A utente reforçou o seu traço de personalidade reservada e tímida, atribuindo esse comportamento ao medo de ser magoada pelas pessoas, especialmente quando compartilha informações pessoais, devido a experiências negativas no passado. Ela mencionou que as colegas de trabalho foram cruéis com ela, e expressou sentimentos de revolta por ter sido alvo de um tratamento injusto: "fui muito pisada e magoaram-me muito, não sei porquê, eu só trabalhava e ajudava os outros, mas todos os dias penso nisso". A E. C. relaciona essas experiências negativas com os sentimentos depressivos que enfrenta atualmente: "é por causa delas que estou aqui, foi a partir daí que piorei" (falando sobre a influência desses eventos na sua condição de saúde mental).

Além disso, a E. C. expressou a sua relutância em aceitar o internamento, mantendo a crença de que é capaz de levar uma vida independente. Essa resistência ao internamento reflete a sua busca por autonomia e independência na sua vida diária.

### **Terceira Sessão:**

A utente reiterou o seu perfil ansioso e nervoso, vendo essas características como intrínsecas à sua personalidade. Ela percebe essas tendências emocionais como uma parte fundamental de quem é.

Além disso, a E. C. manifestou um profundo sentimento de injustiça em relação à vida. Ela enfatizou, novamente que sempre demonstrou uma dedicação notável no seu ambiente de trabalho, o que torna particularmente doloroso o fato de ter sofrido devido às ações das colegas que a depreciavam. Essas experiências negativas tiveram um impacto significativo no seu bem-estar emocional e continuam a afetá-la.

A utente também expressou uma compreensão de que, atualmente, não conseguiria se orientar de forma autónoma na sua casa. No entanto, essa aceitação é acompanhada de um sentimento de pesar por não poder desfrutar da sua reforma no conforto de seu lar. Essa dualidade reflete o seu desejo de independência e ao mesmo tempo a limitação imposta pela sua condição de saúde atual.

### **Quarta Sessão:**

Durante esta sessão, a utente relatou que a sua semana transcorreu relativamente bem, sem eventos relevantes, exceto por algumas preocupações de saúde, como inchaço numa das mãos devido a pequenas artroses e problemas na voz, que fica rouca e com picadas quando fala muito. No entanto, o foco da sessão girou em torno de questões emocionais e sociais mais profundas.

A E. C. mencionou novamente a sua timidez e um medo persistente de que a pessoa com quem compartilha os seus pensamentos e sentimentos possa quebrar a confiança e divulgar informações confidenciais. Expressou que esse medo surge da incerteza sobre a pessoa que a ouve e que ela precisa conhecer bem a pessoa para se abrir. “Sim, é um receio de (...) medo, tenho medo. É isso, tenho medo neste sentido. A pessoa

está a falar e não sabe para quem está a falar.” (*sic.*) Essa falta de confiança no outro pode estar relacionada a traumas anteriores, possivelmente causados por experiências negativas com as colegas de trabalho.

Embora a utente reconheça a necessidade de enfrentar a situação em relação às colegas de trabalho e expressa o desejo de superar as suas mágoas referindo que “Foi a minha mágoa, foi essa. Mas eu não... Eu quero combater isso.” (*sic.*), ela demonstrou relutância em discutir detalhes sobre seu ambiente de trabalho. “Eu não vou outra vez falar do meu trabalho. O ambiente de trabalho, que era assim, a gente estava a desabafar com uma colega e depois percebia-se logo quando havia conversas por trás.” (*sic.*)

O utente também compartilhou o seu desejo por harmonia e relações positivas entre as pessoas ao seu redor, ressaltando a sua vontade de que todos se deem bem. No entanto, ela mencionou as dificuldades em construir relações de amizade devido à falta de confiança em abrir-se a outras pessoas.

Além disso, a E. C. descreveu a sua difícil relação com a sua colega de quarto e como isso representa um desafio na sua vida diária. Ela observou que percebe diferenças no tratamento recebido pelas auxiliares em relação às utentes, o que a deixa desconfortável.

No encerramento da sessão, o utente enfatizou o seu histórico de sofrimento e a tendência a guardar para si as suas emoções e preocupações. Isso ressalta a necessidade contínua de trabalhar na sua capacidade de expressar as suas emoções e confiar nos outros para obter apoio emocional e bem-estar.

#### **Quinta Sessão:**

Nesta sessão, E. C. expressou uma persistente sensação de nervosismo e manifestou o desejo de alcançar um estado de maior tranquilidade emocional. Durante a

sessão, foram explorados diversos fatores que contribuem para esse estado de alerta constante.

Em primeiro lugar, abordou-se o luto pela morte do seu marido, ocorrida quando E.C. tinha apenas 26 anos. A prolongada doença do seu marido e a sua esperança contínua da sua recuperação tornaram a aceitação e o luto ainda mais difíceis de lidar. Durante este período, a utente sofreu intensamente e chorou profundamente, embora atualmente tenha dificuldade em expressar as suas emoções.

Além disso, E.C. também mencionou o luto pela perda dos seus pais. Esses eventos, somados à morte do marido, podem ter tido um impacto significativo na sua saúde emocional, e a sua experiência foi discutida de maneira mais aprofundada para uma compreensão mais completa do seu quadro emocional.

A utente voltou a trazer à tona a sua timidez e a falta de confiança nas pessoas como aspetos que sempre fizeram parte da sua vida, e expressou o desejo de superá-los.

À medida que a sessão avançou, emergiram diversas situações em que E. C. se sentiu magoada após compartilhar informações pessoais com outras pessoas, incluindo colegas de trabalho. Ela relatou ter compartilhado informações pessoais com uma colega de trabalho, apenas para descobrir que essas informações foram divulgadas sem o seu consentimento. Além disso, notou uma mudança no comportamento de outra colega, sugerindo que essa pessoa pode ter compartilhado detalhes confidenciais.

Apesar de manter contato com algumas utentes da unidade de saúde, E. C. não se sente à vontade para partilhar completamente as suas preocupações. Ela também mencionou que a percepção de parcialidade no tratamento das utentes contribui para sua falta de confiança nas pessoas à sua volta.

Concluimos esta sessão, compreendendo que a timidez de E. C. não a impede de se relacionar com os outros, mas sim a sua falta de confiança nas pessoas. Esta, é resultado

das feridas emocionais do passado, principalmente as experiências de traição e má conduta por parte de colegas de trabalho.

### **Sexta Sessão:**

A sessão começou com a utente expressando preocupações sobre a sua saúde e a sensação de que algo está errado com a sua garganta. "Sinto-me na mesma. Tenho é andado aqui com qualquer coisa na garganta (...) às vezes falha-me um bocadinho, está um bocadinho rouca."

A utente mencionou novamente a sua timidez e a sensação de que não houve mudanças nesse aspeto: "Mas em relação à minha timidez, estou na mesma." Ela expressou o desejo de ser mais extrovertida, mas também compartilhou a sua falta de esperança em mudar isso: "Pois, eu gostava de ser mais intrometida em falar." "... perdi a esperança, mas pronto quero ver se alcanço mais alguma coisa."

A conversa continuou explorando a solidão que a E. C. sentia na sua vida, especialmente quando estava sozinha com o seu filho. Ela compartilhou: "...mas isso a solidão foi a minha vida assim. A minha vida não, mas senti-me muitas vezes sozinha na minha vida. Foi mais quando fiquei sozinha com o meu filho em casa..." (*sic.*)

Abordou um assunto relativamente à sua relutância em expressar as suas opiniões, principalmente por algum medo de conflitos, ela explicou: "Eu não gosto de conflitos, nunca gostei, prefiro desviar-me." compartilhou novamente que tem medo de ser magoada, especialmente porque passou por experiências dolorosas com colegas no passado. Ela reconhece que ainda carrega essa mágoa e medo das relações sociais. A E. C. mencionou que se protegeu emocionalmente, criando uma barreira para se manter segura. No entanto, essa proteção também afeta as suas relações atuais, pois ela sente dificuldade em se abrir com as pessoas. Ela expressou a necessidade de conhecer alguém

profundamente antes de se sentir confortável em partilhar os seus pensamentos e sentimentos.

Finalmente, a E. C. referiu o seu orgulho nas sua habilidade de costura e o seu desejo de usá-la para fazer roupas para sua neta: "Tenho, tenho muita confiança e tenho pessoas que ainda hoje gabam os meus trabalhos. Como lhe disse eu não fui estudar, mas aprendi a costura." No entanto, ao sugerir que fizesse os seus trabalhos na máquina de costura que está na sala comum a E. C. prontamente se negou pois não tinha coragem de pedir e poderia levantar um problema.

### **Sétima Sessão:**

Nesta sessão a utente começou por dizer que estava a sentir-se bem, mas logo de seguida mencionou um problema que a estava a incomodar: tremores. Ela expressou a sua preocupação e ansiedade em relação a esses tremores, destacando que eles a deixavam bastante apreensiva, dizendo: "Estou bem, só que estou é com um problema, sinto que tremo cada vez mais."

No entanto, mesmo com os resultados das análises apontando deficiência de vitaminas e a opinião da sua médica de que os tremores não eram causados pelo que ela temia, a E. C. ainda estava preocupada e ansiosa, expressando: " a médica diz que não é nada daquilo que eu estou a pensar. Eu disse à médica, se eu tinha Parkinson e ela disse que não." Ao longo da sessão, e apesar das suas preocupações e ansiedade, frequentemente a utente tentava minimizar esses sentimentos, procurando desvalorizar as preocupações.

Conforme a sessão avançava, a E. C. começou a partilhar sobre eventos passados da sua vida que contribuíram para o seu estado emocional atual. Ela mencionou ter vivido muitas dificuldades e lutas ao longo da sua vida e como isso a desgastou emocionalmente, afirmando: "Hum, eu as minhas preocupações é sempre as mesmas, foi o azar que eu tive

na minha vida e eu tive que lutar muito. Tive que lutar muito para (...) e isso desgasta, esse desgaste já vem de algum tempo. E eu não me equilibro dessa parte, não é eu equilíbrio, é eu não admito essa parte.” (*sic.*). No entanto, ao tentar explorar mais este assunto e questionado acerca do que era essa parte, novamente E. C. “É aquilo que aconteceu comigo... Mas eu não queria falar sobre isso.” (*sic.*). Ao reforçar a resistência da utente em discutir essas experiências passadas, ela refere “Mas eu não encaro... não é encarar... é esta mágoa que se apoderou de mim e é difícil de passar.” (*sic.*) juntamente com uma incongruência entre o seu estado atual de não aceitação e o que para ela seria o desejado quando refere: “Sinto-me mal, porque eu devia ter outra maneira para, (...) já pronto (...) encarar a coisa de outra maneira.”. (*sic.*)

A utente também compartilhou que, ao longo do tempo, desenvolveu uma postura mais fechada em relação aos outros. Ela mencionou ter sido alvo de intrigas e mal-entendidos no trabalho, o que a levou a se tornar mais retraída nas suas interações sociais, afirmando: "Eu era amiga das minhas colegas, de todas, mas é como eu sempre disse, onde há o mal de inveja não há sossego." (*sic.*) Ao expor a sua luta interna, e o sentimento de prisão entre o seu desejo de expressar os seus sentimentos e o medo de ser magoada ou mal-entendida, a E. C. mencionou que, mesmo quando se tentava abrir no passado, as suas palavras eram frequentemente distorcidas ou usadas contra ela, o que a deixava ainda mais relutante em partilhar.

À medida que a sessão continuou, a E. C. expressou a sua mágoa e frustração por ter sido internada nesta instituição, sentindo que isso era mais uma injustiça na sua vida. Ela desejava estar na sua casa, ter mais autonomia e independência, afirmando: "Gostava de ter uma vida independente."

E. C. mostra os seus sentimentos de desesperançada, como se estivesse presa a um ciclo de mágoa e desânimo, expressando: "não tenho esperança porque eu há coisas que já não consigo fazer sozinha."

Ficou claro que a E. C. continua a enfrentar uma série de desafios emocionais, incluindo preocupações com a sua saúde física, questões não resolvidas relacionadas a eventos passados e um desejo de encontrar esperança e equilíbrio na sua vida atual.

### **Oitava Sessão:**

Nesta sessão de acompanhamento, a utente começou por solicitar que fossem feitas perguntas. Quando questionada sobre o seu estado emocional, ela revelou estar preocupada com o agravamento dos tremores que vem experimentando. Esses tremores parecem ser exacerbados pela ansiedade, algo que a paciente notou claramente. No entanto, ela também exibiu uma atitude de enfrentamento ao dizer: "Mas pronto se for alguma coisa de grave, tenho que encarar." Isso sugere que ela está disposta a enfrentar as suas preocupações de saúde, mesmo que isso a deixe ansiosa.

A E. C. partilhou que estava particularmente nervosa devido a um incidente recente envolvendo a sua colega de quarto que sofreu uma queda. Essa situação afetou-a profundamente, já que ela sente sempre uma forte necessidade de ajudar os outros. Ela explicou: "Eu preocupo-me muito com os outros... eu não posso ver sofrimento à minha volta." Essa preocupação constante com o bem-estar dos outros parece ser uma característica central da sua personalidade, e ela frequentemente coloca as necessidades dos outros antes das suas.

Além disso, a utente revelou que esse padrão de cuidar excessivamente dos outros tem raízes profundas na sua vida. Mencionou que desde muito jovem teve que assumir responsabilidades, incluindo a higiene da avó e das tarefas domésticas estando em

contacto direto com o seu sofrimento, pelas suas palavras: “Isto tudo vem desde sempre ter vivido em sofrimento”.

Tais eventos traumáticos podem ter contribuído para o desenvolvimento da sua natureza altruísta, mas também podem estar relacionados ao sentimento de apego ao sofrimento que ela descreve. Ela expressou o desejo de poder "colocar uma pedra" nesse sofrimento e esquecer o passado, embora saiba que não é uma tarefa simples.

Além disso, a utente carrega consigo um fardo de culpa, pois acredita que a sua dedicação excessiva ao trabalho agravou a sua condição de saúde. Atualmente, ela gostaria de ajudar o seu filho, mas sente que não consegue devido às suas próprias limitações físicas e emocionais. Sente também culpa pelos seus internamentos e pelo sofrimento que estes causaram ao seu filho “Ele nunca me disse mas eu sei que lhe causei muito sofrimento” (*sic.*), embora sinta que apesar disso não tenha falhado com o papel de mãe.

A sessão terminou com a utente dizendo: "Eu sou uma pessoa triste mas tenho tido muita força." (*sic.*) Essas palavras indicam que, apesar das dificuldades enfrentadas ao longo da sua vida, ela reconhece a sua resiliência e força interior. Isso pode ser um sinal promissor de que ela está a começar a reconhecer a importância de cuidar de si mesma na sua jornada de cura emocional. As sessões de acompanhamento podem continuar a explorar estes temas para ajudá-la a encontrar um equilíbrio mais saudável entre cuidar dos outros e cuidar de si mesma.

#### **Nona Sessão:**

Na presente sessão, a utente expressou diversas preocupações, tanto físicas quanto emocionais, que têm impactado significativamente a sua qualidade de vida. Ela relatou sentir que o seu estado de saúde ainda não se encontra normal e que existem questões físicas, particularmente relacionadas a um desarranjo intestinal, que a afligem. Além

disso, mencionou uma queda recente que a deixou preocupada, devido à falta de agilidade para se levantar. Embora tenha recebido assistência e compreenda a necessidade de estar numa unidade de saúde, a paciente manifestou algum desconforto físico e emocional em relação a esta situação, especialmente considerando que, se o incidente ocorresse na sua casa, ela não teria ninguém para ajudá-la.

Um dos aspetos emocionais que a E. C. partilhou diz respeito à sua tristeza por não ter passado a Páscoa com o seu filho. Ela reconhece que a sua presença poderia ter representado um fardo devido às limitações da sua autonomia atual. Essa falta de independência claramente a perturba, e apesar de estar triste com a situação, ela compreende que permanecer no ambiente vigiado é uma escolha mais sensata do que ficar sozinha em casa. A utente também manifestou nostalgia por não poder ir para a Idanha, onde estava o seu filho, uma vez que isso também poderia afetar a sua independência e limitar a liberdade do seu filho.

Outro ponto importante que surgiu durante a sessão foi a discussão sobre as perdas significativas que a paciente enfrentou ao longo da sua vida. Ela mencionou a perda dos seus pais e, especialmente, a morte prematura do seu marido, eventos que deixaram marcas profundas na sua vida e diz que até essa altura era uma pessoa alegre. A E. C. revelou que ainda sente revolta e tristeza em relação a estas perdas, o que indica que estes eventos não foram completamente processados emocionalmente. Embora ainda sinta muita resistência da parte da utente quanto às especificidades da doença que acabou por ser fatal para o seu marido, “Eu comecei a ser uma pessoa triste, depois de me acontecer o que me aconteceu” (*sic.*).

A E. C. também partilhou informações sobre uma amizade significativa que desenvolveu, uma vizinha em quem confiava e que a ajudou a enfrentar a morte do seu

marido. A perda dessa amizade, devido ao falecimento da vizinha, afetou a utente de maneira profunda, acrescentando um componente adicional de tristeza e luto.

Embora a utente reconheça que esses acontecimentos ocorreram há algum tempo, ela ainda se sente afetada por eles e lamenta a sua influência contínua na sua vida.

#### **Décima Sessão:**

A sessão teve início com a utente revelando a sua constante ansiedade e nervosismo. Ela descreveu essa sensação como uma presença constante na sua vida, uma nuvem escura que parecia nunca se dissipar. Essa ansiedade crónica afeta tanto o seu estado emocional quanto o seu bem-estar físico e mental.

Durante a sessão, a E. C. também discutiu episódios anteriores de internamentos hospitalares, nos quais ela enfrentou sintomas de tristeza profunda e apatia. Nestes momentos de fragilidade física, o seu filho desempenhou um papel crucial, cuidando dela e fornecendo apoio emocional. Estes internamentos evocaram na sua mente sentimentos de vulnerabilidade e dependência, agravando ainda mais a sua angústia emocional.

Uma das questões mais marcantes que a utente partilhou foi a situação no ambiente de trabalho, novamente, mas pela primeira vez E. C. acabou por ser mais detalhada. Ela descreveu como tudo começou a desmoronar quando uma nova encarregada assumiu funções e tratou-a de forma injusta e prejudicial. Essa experiência foi um gatilho para a sua deterioração emocional, despertando uma gama de emoções intensas. Sentimentos de raiva, ressentimento e impotência dominaram a sua psique, enquanto ela se debatia com a sensação de estar a ser injustamente tratada e mal compreendida.

Um ponto de viragem surgiu quando a utente partilhou uma experiência de confrontação e afirmação pessoal. Embora ela se caracterizasse como alguém que normalmente evita confrontos, ela sentiu a necessidade de se impor e confrontar a colega

injusta diante da diretora. Essa decisão representou um momento de empoderamento e autenticidade para a utente, já que ela enfrentou uma situação prejudicial em busca de justiça e respeito. Essa demonstração de força pessoal foi um ponto luminoso no meio das suas dificuldades emocionais.

Esses eventos e emoções compartilhados pela E. C. durante a sessão de acompanhamento ilustram a complexidade da sua jornada emocional. O reconhecimento da sua própria força pessoal ao enfrentar confrontos é um aspeto importante a ser reconhecido pela utente, visando o seu crescimento emocional e a promoção da sua autoestima.

#### **Décima primeira Sessão:**

Durante a sessão, a utente partilhou uma série de emoções e preocupações que oferecem *insights* valiosos sobre a sua vida emocional e mental. Ela expressou uma falta de confiança nas pessoas à sua volta, temendo que as suas palavras sejam distorcidas ou mal interpretadas. Essa falta de confiança pode estar relacionada a experiências passadas de desconfiança ou má compreensão, afetando a sua capacidade de construir relacionamentos saudáveis.

A E. C. também mencionou uma dificuldade significativa em estabelecer limites e dizer "não" quando necessário. Isso é particularmente evidente na sua relação com outra utente que constantemente pede a sua ajuda. A utente sente-se incapaz de negar esses pedidos, mesmo que isso a prejudique, e isso tem causado conflitos com essa colega. Essa tendência a procurar a satisfação das necessidades dos outros em detrimento das suas próprias necessidades pode refletir uma falta de autoestima.

Ela partilhou preocupações sobre a sua saúde física, especialmente em relação à baixa tensão arterial. No entanto, explicou que não sente medo dessa situação, pois está

acostumada a enfrentar desequilíbrios físicos. Esta atitude resiliente em relação à sua saúde pode ser vista como uma demonstração da sua força interior.

A paciente revelou que recebeu a visita do seu filho e neta, o que trouxe grande alegria e satisfação. Esses momentos de conexão familiar parecem ter reforçado o seu bem-estar emocional e proporcionado uma fonte de alegria na sua vida.

Houve uma mudança perceptível no seu ânimo, com a E. C. demonstrando uma maior vontade de se envolver em atividades e participar em algumas dinâmicas de grupos. Essa mudança pode ser um sinal positivo de que a terapia e o apoio emocional estão a começar a fazer efeito, ajudando-a a recuperar o seu interesse pela vida.

Ela expressou novamente a sua resistência em discutir experiências dolorosas do passado, indicando que essas lembranças são muito perturbadoras para ela. Isso aponta para a presença de traumas não resolvidos ou lembranças dolorosas que precisam ser abordados com sensibilidade ao longo do processo de acompanhamento.

Por fim, a utente manifestou um forte desejo de ser autónoma o suficiente para frequentar uma universidade sénior e aprender coisas novas. Esse desejo demonstra a sua sede de conhecimento e crescimento pessoal, sugerindo um desejo intrínseco de se desenvolver, apesar das dificuldades que enfrenta.

### **2.3.5. Análise e Discussão Clínica**

Durante as sessões de acompanhamento, torna-se evidente que as principais preocupações da utente estão relacionadas com a sua timidez e as suas dificuldades nas relações interpessoais. Essas dificuldades parecem estar intrinsecamente ligadas ao trauma que E. C. menciona como a causa de sua hospitalização, ou seja, os maus tratos que sofreu das suas colegas de trabalho. Além disso, observa-se que a utente tende a generalizar esse evento traumático, ou seja, tem uma tendência a acreditar que eventos

negativos ou desempenhos ruins acontecerão novamente no futuro. Isso é uma característica comum em pacientes com depressão, como destacado por Powell et al. em 2008.

Embora o diagnóstico de E. C. seja de doença bipolar, é importante salientar que não há sinais ou indícios de uma fase de mania. Portanto, é crucial concentrar a nossa análise no estado e sintoma depressivo da utente.

Esta generalização também contribui para um estado de incongruência em E. C. e uma sensação de dissociação, onde a percepção de si mesma está distante do que ela deseja ser, o que leva a uma diminuição da autoestima. Quando a dissociação afeta a cognição e a emoção, pode resultar em alexitimia, que se manifesta tanto na incapacidade de a pessoa reconhecer as suas emoções e sentimentos quanto na dificuldade de expressá-los, conforme descrito por Hipólito (2011), e que se verifica no caso de E.C.

Quando consideramos a possibilidade de um ser humano alcançar o seu desenvolvimento máximo e funcionar de forma plena, estamos a falar de alguém que se sente bem consigo próprio, que tem uma imagem positiva de si mesmo e que se aproxima da pessoa que deseja ser. Isso significa que a pessoa está a funcionar bem, sem ser perturbada por traumas ou problemas emocionais (Hipólito, 2011). Esta plenitude claramente não existe no *modus operandis* de E. C., existindo sim uma vontade de ser comunicativa e mais confiante nos relacionamentos interpessoais, contrariamente ao seu *self* percecionado o que vai promover os sentimentos de baixa estima de si, que é bem evidente em todo o discurso de E. C..

É igualmente pertinente salientar que a utente atribui inteiramente o controlo sobre os acontecimentos que a afetaram às suas colegas de trabalho, externalizando assim o *locus* de controlo e a responsabilidade pela sua situação atual. Este comportamento resulta num distanciamento da sua experiência orgânica, ou seja, um afastamento de si mesma,

que a leva a perder o contacto com a sua sabedoria interna, resultando, conseqüentemente, numa diminuição da confiança em si mesma (Rogers & Stevens, 1991). Este aspeto está claramente refletido nas palavras de desesperança expressas por E.C. em relação à possibilidade de modificar a sua característica mais introvertida.

A tendência atualizante, refere-se à capacidade inerente de um indivíduo para crescer, evoluir e alcançar o seu potencial máximo. É a força motivadora que nos impulsiona a tornarmo-nos a melhor versão de nós mesmos (Hipólito, 2011). A utente pode não ter percebido uma melhoria notória em relação à sua introvertida natureza durante o processo terapêutico. No entanto, à medida que as sessões continuavam, a sua tendência atualizante começou a manifestar-se de maneira cada vez mais evidente.

Esta manifestação da tendência atualizante pode ser observada através da sua disposição em explorar as suas próprias emoções e pensamentos de maneira mais profunda, o que a levou a uma maior compreensão de si mesma. À medida que o seu autoconhecimento aumentava, a E. C. começou a mostrar uma maior abertura emocional e uma vontade de se envolver de forma mais ativa nas sessões de acompanhamento.

O ponto culminante deste processo revelou-se quando ela não apenas participou de forma mais entusiástica nas sessões individuais, mas também se integrou plenamente em grupos dinamizados na unidade de saúde, algo que inicialmente parecia impensável para alguém com uma natureza introvertida. Isso demonstra claramente como as sessões de acompanhamento, ajudaram a desencadear a tendência atualizante da utente, desempenhando um papel fundamental na sua transformação pessoal, permitindo-lhe superar as barreiras da sua introversão e iniciar um caminho de crescimento e autodescoberta.

É compreensível que, inicialmente, a utente tenha tido dificuldades em confiar plenamente na relação terapêutica, especialmente quando se tratava de abordar a dolorosa

questão da doença que levou à morte do marido, que em nenhum momento foi revelada. A perda de alguém tão próximo foi um dos momentos mais difíceis na vida de E. C., carregada de emoções profundas e traumáticas. Abrir-se sobre essa ferida emocional é para a utente uma tarefa incrivelmente desafiadora.

No entanto, à medida que as sessões continuavam e a relação de confiança se fortalecia gradualmente, era possível vislumbrar a oportunidade de abordar esse assunto delicado. Assim como aconteceu com a questão da introversão, a continuidade das sessões de acompanhamento poderiam ter oferecido um espaço seguro e acolhedor para a utente começar a partilhar as suas emoções e experiências em relação à perda do marido.

Estas, poderiam ter proporcionado um ambiente onde a utente se sentisse compreendida, apoiada e não julgada, permitindo-lhe explorar o seu luto de maneira mais profunda e significativa. À medida que a confiança na relação terapêutica se solidificasse, a utente poderia começar a abrir aquela porta emocional que lhe permitiria expressar o que estava guardado no seu interior, compartilhando as memórias, os sentimentos e os desafios associados à perda do seu marido.

Portanto, o continuar das sessões não apenas teria fortalecido a relação terapêutica em si, mas também teria criado uma oportunidade valiosa para a utente começar a abordar e processar o seu luto, promovendo assim o seu processo de cura e crescimento emocional.

No seguimento desta reflexão, é também fácil de identificar as consequentes perdas de entes queridos de E. C. e como isso constitui ainda hoje um desafio de superar. Talvez possa afirmar que existe um luto patológico, também conhecido como luto complicado ou prolongado, é um estado de sofrimento intenso e prolongado após a perda de um ente querido, que se manifesta de forma acentuada e persistente, com consequências emocionais e físicas adversas (Marques, 2018).

É comum que o enlutado faça o máximo para evitar lembrar a pessoa falecida, incluindo as boas lembranças que compartilhou com ela. Isso acontece porque essas memórias podem desencadear sentimentos intensos de sofrimento (Marques, 2018).

Pesquisas na área de psicologia e saúde mental destacam diversas consequências adversas do luto patológico em idosos. Primeiramente, o estado de luto prolongado pode agravar as condições de saúde física já existentes, tornando-os mais vulneráveis a doenças crônicas e aumentando o risco de complicações médicas. (Marques, 2018)

Do ponto de vista emocional, o luto patológico pode levar a perturbações de ansiedade e depressão persistentes. A perda de um ente querido é uma experiência naturalmente dolorosa, mas quando o luto se prolonga e se intensifica, pode resultar num isolamento social significativo, diminuição da qualidade de vida e até mesmo ideação suicida em casos extremos (Marques, 2018).

A dificuldade em lidar com o luto também pode prejudicar a capacidade da pessoa em manter relacionamentos interpessoais saudáveis, o que é fundamental para o seu bem-estar emocional e social. Isso pode resultar em sentimentos de solidão e desespero, impactando negativamente a sua qualidade de vida (Marques, 2018).

É evidente que E.C. está a manifestar sintomas de luto patológico, com agravamento da saúde física, problemas emocionais persistentes, isolamento social e dificuldade em manter relacionamentos saudáveis.

Em resumo, evidenciam-se questões traumáticas que continuam a impactar significativamente a vida e o bem-estar de E.C. As sessões de acompanhamento psicológico ofereceram um ambiente seguro no qual a utente conseguiu expressar as suas emoções e sentimentos, embora com alguma dificuldade devido à sua natureza desconfiada e tendência à generalização. Acredita-se que essa dificuldade pode ser

superada com o tempo, considerando o olhar positivo incondicional e a ausência de julgamento, que desempenharam um papel crucial na melhoria da timidez da utente.

As perdas ao longo da vida de E.C. e o sofrimento contínuo que ela experimentou também têm uma influência significativa na sua personalidade e na sensação de desesperança que ela enfrenta, contribuindo para a sua incongruência emocional. No entanto, é importante notar que 11 sessões representam um número limitado para desencadear plenamente a sua tendência atualizante no sentido de auto-organização e liberação emocional desses eventos traumáticos tão prejudiciais. Portanto, é altamente recomendável que a utente continue com mais sessões de aconselhamento psicológico, a fim de proporcionar um apoio contínuo e eficaz para a sua recuperação emocional e bem-estar geral.

#### **2.3.6. Reflexão Pessoal do Caso**

Ao longo do meu percurso de acompanhamento da utente, proporcionou-me uma compreensão mais profunda das complexidades do processo terapêutico, onde pude aplicar conceitos importantes, como o postulado da tendência atualizante, as seis condições necessárias e suficientes para que haja mudança terapêutica e a abordagem não-diretiva.

O postulado da tendência atualizante, no caso da utente, estava profundamente obscurecido pelos sentimentos depressivos e pelo luto patológico. Era crucial reconhecer a sua capacidade intrínseca para a autorregulação e o crescimento pessoal, apesar dos desafios. A autenticidade e a comunicação não-diretiva ajudaram-na a sentir-se segura para explorar os seus pensamentos e emoções mais profundos.

No decorrer das sessões, trabalhei para integrar as seis condições necessárias na nossa relação terapêutica. A compreensão empática permitiu-me compreender

profundamente a experiência da utente, enquanto a aceitação positiva incondicional transmitiu-lhe que os seus sentimentos eram válidos e aceitáveis. Manter a não diretividade e congruência na terapia foi um desafio constante. Lidar com contradições internas, resistência da utente, enquanto mantemos a autenticidade e evitamos ser diretivos, requer constante autoconsciência e aprendizagem contínua. Foi uma jornada enriquecedora, exigindo equilíbrio entre ser genuíno e respeitar a autonomia da utente.

Foi desafiante manter um equilíbrio entre permitir que a utente liderasse o processo terapêutico e fornecer orientação quando necessário. A abordagem não-diretiva era essencial, mas havia momentos em que era importante oferecer *insights* ou sugestões cuidadosamente formuladas para ajudá-la a ver novas possibilidades.

Acompanhar uma utente com sentimentos depressivos e luto patológico não foi isento de desafios. Um dos principais obstáculos foi a resistência à mudança. A utente estava presa numa espiral de pensamentos negativos e autocondenação, o que tornava difícil aceitar a ajuda e explorar novas perspetivas.

No entanto, apesar dos desafios, houve progresso notável. A utente começou a expressar-se de forma mais aberta e a explorar os seus sentimentos com maior profundidade.

Esta experiência reforçou a minha crença na capacidade inerente de cada indivíduo para se autorregular e crescer, mesmo nas circunstâncias mais desafiadoras. Também realçou a importância de criar um ambiente terapêutico seguro, onde a utente pudesse explorar o seu mundo interior com autenticidade. Aprendi que, com paciência, empatia e um compromisso inabalável com o bem-estar da utente, é possível ajudar alguém a superar os sentimentos de depressão e a enfrentar o luto de uma forma mais saudável e significativa.

## **Parte III – Conclusão**

### **1. Discussão e Reflexão final**

O meu estágio colocou-me face a face com desafios difíceis, como o caso de lidar na primeira pessoa com o sofrimento que aporta o final de vida de um indivíduo. Lidar com esta situação tem sido uma jornada complexa e emocionalmente desafiadora. À medida que continuo na minha jornada, aprendo a abraçar a ambiguidade e a incerteza, reconhecendo que a mudança terapêutica muitas vezes é um processo lento e gradual.

A realização deste estágio em contexto de psiquiatria geriátrica proporcionou uma experiência enriquecedora e esclarecedora sobre a complexidade e os desafios que envolvem o cuidado de idosos com perturbações psiquiátricas. Ao longo deste relatório, exploramos as diferentes facetas do trabalho numa unidade de saúde mental geriátrica, desde a avaliação inicial até a implementação de intervenções terapêuticas. Além disso, discutimos as implicações éticas e legais associadas ao tratamento de pacientes idosos e analisamos as estratégias de manuseamento de comportamentos desafiadores comuns nesta população.

Uma das principais conclusões que podemos tirar desta experiência é a importância de uma abordagem multidisciplinar no tratamento de idosos com perturbações psiquiátricas. A colaboração entre médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais é fundamental para proporcionar um cuidado abrangente e individualizado. A avaliação interdisciplinar permite uma compreensão mais profunda das necessidades e dos desafios específicos de cada paciente, o que, por sua vez, ajuda a planear intervenções mais eficazes.

Além disso, este estágio reforçou a importância da empatia e da comunicação eficaz no cuidado de idosos com perturbações psiquiátricas. Muitos dos pacientes que

encontramos apresentavam dificuldades de comunicação devido a distúrbios cognitivos ou linguísticos. Nesses casos, a capacidade de ouvir atentamente, usar linguagem simples e não verbal e demonstrar empatia foram habilidades cruciais para estabelecer uma relação terapêutica e facilitar o processo dos utentes na atividade que estavam a desenvolver, fosse estimulação cognitiva, fosse grupo psicopedagógico ou sessão individual de acompanhamento.

Com este estágio tive a oportunidade de mergulhar profundamente na compreensão do ser humano e na busca pela sua realização pessoal. Foi fulcral para experiências as seis condições necessárias e suficientes para que ocorra a mudança terapêutica. Cada uma destas condições desafia não apenas as habilidades práticas, mas também a minha própria autenticidade como psicólogo em formação. É um processo contínuo de autodescoberta e crescimento.

Outra lição valiosa foi a necessidade de considerar a individualidade de cada utente e o seu contexto de vida. Os idosos têm experiências de vida variadas, incluindo histórias familiares, traumas passados e preferências pessoais, que podem influenciar significativamente a sua saúde mental. Portanto, é essencial adotar uma abordagem centrada na pessoa, adaptando as estratégias de tratamento de acordo com as necessidades e valores de cada utente.

Ao longo deste estágio, também pude observar os desafios éticos e legais que surgem na psiquiatria geriátrica. Questões relacionadas ao consentimento informado, privacidade e autonomia dos pacientes idosos são complexas e requerem uma consideração cuidadosa. É fundamental garantir que os pacientes sejam tratados com dignidade e respeito, ao mesmo tempo em que se mantém a sua segurança e bem-estar.

Além disso, a questão do estigma em relação às perturbações psiquiátricas em idosos foi uma preocupação presente ao longo do estágio. É importante destacar a

necessidade de programas de conscientização e educação pública para reduzir o estigma e promover a procura de ajuda precoce.

Em resumo, o estágio em psiquiatria geriátrica foi uma experiência profundamente esclarecedora e enriquecedora. Aprendi não apenas sobre as perturbações psiquiátricas em idosos e as estratégias de tratamento, mas também sobre a importância da empatia, da comunicação eficaz e do respeito à individualidade de cada utente. Além disso, fui exposto a questões éticas e legais complexas e ao desafio do estigma em relação à saúde mental em idosos. Estas lições serão inestimáveis para a minha futura prática profissional.

## Referências

- Álvarez, C. (2016). Guía para la Interpretación del MMPI-2. [https://www.academia.edu/31757894/Gu%C3%ADa\\_para\\_la\\_Interpretaci%C3%B3n\\_del\\_MMPI\\_2\\_Marzo\\_2016](https://www.academia.edu/31757894/Gu%C3%ADa_para_la_Interpretaci%C3%B3n_del_MMPI_2_Marzo_2016)
- Alves, K. S., Trindade, S. C. & Rocha, F.N. (2021). Atuação do psicólogo no processo de envelhecimento. *Revista Mosaico (11)*1, 99-104. Retirado de <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/2265/1561>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Arias-Congrains, J. (2007). Veracidad de las respuestas en las evaluaciones psicológicas de los postulantes al Residência Médico. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 20(3). <https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v20n3/pdf/a04v20n3.pdf>
- Atchley, R. C. (1989) Continuity Theory of Normal Aging. *The Gerontologist Society of America*, 29(2), 183–190. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>
- Avila, R. & Miotto E. (2003). Funções executivas no envelhecimento normal e na doença de Alzheimer. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52, 53-62. [https://www.researchgate.net/profile/Eliane\\_Miotto/publication/259197515\\_EXECUTIVE\\_FUNCTIONS\\_IN\\_NORMAL\\_AGING\\_AND\\_ALZHEIMERS\\_DISEASE/links/0c96052a64ca71b845000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Eliane_Miotto/publication/259197515_EXECUTIVE_FUNCTIONS_IN_NORMAL_AGING_AND_ALZHEIMERS_DISEASE/links/0c96052a64ca71b845000000.pdf)
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366–380. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.4.366>

- Banhato, E. F. C., & Nascimento, E. (2007). Função executiva em idosos: um estudo utilizando subtestes da Escala WAIS-III. *PsicoUSF*, 12(1), 65-73.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712007000100008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712007000100008&lng=pt&tlng=pt).
- Barbosa, C. M. O. (2016). Políticas Públicas locais para o envelhecimento: o caso de Portugal e da Suécia. *EXEDRA: Revista Científica*, 152–175.  
<http://exedra.esec.pt/wp-content/uploads/2016/02/Cap11.pdf>
- Barroso, V. L. & Tapadinhas, A. R. (2006). Orfãos Geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *O portal dos psicólogos*, 1-13.  
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- Bento, H. M., Ferreira, L. F. A. L., Sanches, V. P. S. (2023). Alzheimer: Causas, Sintomas, Tratamento e Prevenção. *Revista Corpus Hippocraticum*, 1(1).  
<https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/874>
- Borim, F. S. A., Barros, M. B. A. & Botega, N. J. (2013). Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 29(7), 1415-1426.  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/C6zsvR37mV7tkzpb9QnQCt/?format=pdf>
- Cabral, M. V. & Ferreira, A. P. M. (2013) *Envelhecimento activo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.  
[https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23416/1/ICS\\_MVCabral\\_PMFerreira\\_Envelhecimento\\_LAN.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23416/1/ICS_MVCabral_PMFerreira_Envelhecimento_LAN.pdf)
- Carducci, B. J., & Nave C. S. (2020). *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (1ª ed., Vol. 1). Wiley-Blackwell

- Carstensen, L. L. (1991). Selectivity theory: Social activity in life-span context. In Annual Review of Gerontology and Geriatrics (Vol. 11, pp. 195–217). New York: Springer. <https://shre.ink/2yIZ>
- Carstensen, L. L. (2021). Socioemotional Selectivity Theory: The Role of Perceived Endings in Human Motivation. *The Gerontologist Society of America*. 60(8). 1188–1196 <https://doi.org/10.1093/geront/gnab116>
- Cerqueira-Santos, E., Da Silva, J. P. & Faro, A. (2021). *Gênero, Violência e Saúde: Processos de Envelhecimento* (1ª ed.). Retirado de <https://shre.ink/9ESS>
- Chabert, C. (1997). *O Rorschach na clínica do adulto*. 1ª Edição. Climepsi.
- CPNSF, (2012). *Regulamento funcional interno*.
- COGWEB. (s.d.). *Treino Cognitivo Online*. Consultado a 10 de outubro de 2023. <https://www.cogweb.pt/#>
- Cove, J., Jacobi, N., Donovan, H., Orrell, M., Stott, J. & Spector, A. (2014). Effectiveness of weekly cognitive stimulation therapy for people with dementia and the additional impact of enhancing cognitive stimulation therapy with a carer training program. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2143-2150. <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=22782>
- Cruz, M. N. & Hamdan, A. C. (2008). O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 223-229. <https://www.scielo.br/j/pe/a/FfkrRGDyG5QmgjfpXt5vfrk/?format=pdf&lang=pt>
- Detoni, A. M., Lourenço, J. E. P., Pacheco, L. P., Gomes, L. A. P. F., Brito, T. C. & Madalena, T. S. (2021) Prevenção e Intervenção em Saúde Mental: Resiliência e Psicologia Positiva. *ANALECTA - Centro Universitário Academia*, 7(2). <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/ANL/article/view/3116>

- Direção Geral de Saúde (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*.  
[https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030\\_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf)
- Diettrich, M. & Meurer, L. M. (2022). Vida no que se tem de mais profundo: a depressão na adolescência e um olhar de enfrentamento à luz da abordagem centrada na pessoa. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(1).  
<https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/3784/1471>
- Espinoza, B. M., Rodríguez, A. S., Tamayo, K. M. & Rojo, M. M. T. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Publica México* 53(1), 26-33.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2011/sal111e.pdf>
- Falco, A. D., Cukierman, D. S., Hauser-Davis, R. A., & Rey, N. (2016) Doença de Alzheimer: Hipóteses Etiológicas e Perspectivas de Tratamento. *Revista Química Nova* 39(1), 63-80.  
<https://doi.org/10.5935/0100-4042.20150152>
- Faria, A. L., & Badia, S. B. I. (2015). Development and evaluation of a web-based cognitive task generator for personalized cognitive training: a proof-of-concept study with stroke patients. *REHAB '15*, 1-4.  
<https://doi.org/10.1145/2838944.2838945>
- Felizardo, S. (2005). Avaliação da personalidade no CAT de Castelo Branco – perfil obtido a partir do Mini-Mult questionário aplicado aos utentes em programa de metadona. *Toxicodependências*, 11, 25-36.  
[https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/144/2005\\_03\\_TXT3.pdf](https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/144/2005_03_TXT3.pdf)
- Fernandes, M. G. M., Nascimento, N. F. S., Costa, K. N. F. M. (2010). Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária

- de saúde. *Revista Rene*, 11(1), 19-27.  
[https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11866/3/2010\\_art\\_mgmfernandes.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11866/3/2010_art_mgmfernandes.pdf)
- Ferraz, N. R., Oliveira, L. A., Souza, M. C. V. M., Santana, E. C. A., Santos, C. A., Almeida, E. S., Caldeira, L. K., Santos, K. S. & Gomes, K. A. (2023). Depressão na terceira idade: fatores desencadeantes e formas de intervenção. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(2), 8168-8181.  
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/59176/4291>
- 1
- Ferreira, P. M., Cabral M. V. & Moreira, A. (2017). *Envelhecimento na Sociedade Portuguesa – Pensões, Família e Cuidados*. (1ª ed.). Imprensa de Ciências Sociais. <https://encurtador.com.br/oqzF5>
- Fonte, C. M. S. (2011). *Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)* [Dissertação de Mestrado, Dissertação de Mestrado]. <https://encurtador.com.br/qxCJN>
- Fontoura, D. S., Doll, J. & Oliveira, S. N. (2015). O Desafio de Aposentar-se no Mundo Contemporâneo. *Educação & Realidade*, 40(1), 53-79. <https://doi.org/10.1590/2175-623645774>
- Freitas, M. H. (2005). As origens do método de Rorschach e seus fundamentos. *Psicologia: ciência e profissão*, 25(1), 100-117.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v25n1/v25n1a09.pdf>
- Galante, E., Venturini, G. & Fiaccadori, C. (2007). Computer-based cognitive intervention for dementia: preliminary results of a randomized clinical trial. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 29(3), 26-32.  
<https://encurtador.com.br/citIU>

- Galvão, E. R. & Sousa, L. B. (2020). Contribuições Psicopedagógicas e a Intervenção Com Idosos. *Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 14(54), 727-744.  
<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2631/4098>
- Gorelick, P.B., Scuteri, A., Black, S. E., DeCarli, C., Greenberg, S. M., Ladecola, C., Launer, L.J., Laurent, S., Lopez, O. L., Nyenhuis, D., Petersen, R. C., Schneider, J. A., Tzourio, C., Arnett, D. K., Bennett, D. A., Chui, H. C., Higashida, R. T., Lindquist, R., Nilsson, P. M., ... Seshadri, S. (2011) Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia. *American Heart Association*, 42(19). 2672-2713. <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STR.0b013e3182299496>
- Greenblatt-Kimron, L., Kestler-Peleg, M., Even-Zohar, A., Lavenda, O. (2021) Death Anxiety and Loneliness among Older Adults: Role of Parental Self-Efficacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1-11.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18189857>
- Guerreiro, M., Fonseca, S., Barreto, J., & Garcia, C. (2008). *Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (Alzheimer Disease Assessment Scale [ADAS])* (2ª ed.). Lisboa: Novartis.
- Guerreiro, M. (2010). Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 46-53.  
<https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10711/10447>
- Guimarães, C. C. P. B., Cunha, K. M. M. B., Gonçalves, K. C. & Ferreira, N. C. C. (2020). Psicopedagogia para idosos: estimulação cognitiva como estratégia para um envelhecimento saudável. *Revista Gestão & Tecnologia*, 2(31), 3-12.  
<https://www.faculdadedelta.edu.br/revistas3/index.php/gt/article/view/37/51>

- Havighurst, J. (1963). Succesfull Aging. Em R. H. Williams, C. Libbitts & W. Dona (Eds), *Process of Aging* (Vol. I, pp. 299-320). New York: Atherton Press.  
<https://shre.ink/2H6Y>
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. EDIUAL.  
<https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/4108/3/Auto%20org.%20com%20capa.pdf>
- Hipólito, J., Laroche, R. & Lazega, M. (1987). Relaxation: an anthropoanalytical and person centered approach. *Ata psiquiátrica portuguesa*, 33, 65-69.  
[https://www.academia.edu/45058749/Relaxation\\_An\\_Anthropoanalytical\\_and\\_Person\\_Centered\\_Approach](https://www.academia.edu/45058749/Relaxation_An_Anthropoanalytical_and_Person_Centered_Approach)
- Hipólito, J., & Nunes, O. (2000). Patologia somática grave: Um olhar da abordagem centrada na pessoa. *A pessoa como centro: Revista de estudos Rogerianos*, 95-101. <https://appcpc.com/wp-content/uploads/2022/11/6-Patologia-Somatica-Grave1.pdf>
- IHCPSNF, (2022). *Sobre nós*. Consultado em 10 de julho de 2023
- Instituto Nacional de Estatística (2020, março 31). *Projeções de População Residente 2018-2080*.
- Lambotte, D., De Donder, L., Van Regenmortel, S., Fret, B., Dury, S., Smetcoren, A. S., Dierckx, E., De Witte, N., Verté, D., & Kardol, M. J. M. (2018). Frailty differences in older adults' use of informal and formal care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 79, 69-77.  
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.05.018>
- Lei n.º 49/2018. (2018). Diário da República n.º 156, Série 156 de 14-08-2018.  
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15600/0407204086.pdf>

- Leite, A. A. M. & Silva M. L. (2019). Um estudo bibliográfico da teoria psicossocial de Erik Erikson: Contribuições para a Educação. *Debates da Educação*, 11(23).  
<https://www.seer.ufal.br/index.php/debateseducacao/article/view/6332/pdf>
- Lemes, C. B., & Neto, J. O. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-78. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lesthaeghe, R. (2010). The Unfolding Story of the Second Demographic Transition. *Population and Development Review*, 36(2), 211-251.  
[https://www.researchgate.net/publication/45825913\\_The\\_Unfolding\\_Story\\_of\\_the\\_Second\\_Demographic\\_Transition](https://www.researchgate.net/publication/45825913_The_Unfolding_Story_of_the_Second_Demographic_Transition)
- Lima, L. G., Campo, M. D. D., Scudeler, M. I. S. & Janssen, T. C. M. (2020). Cuidados Paliativos em Pacientes Idosos Portadores de Síndromes Demenciais. *Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG*, 1(1).  
<https://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/congressogeriatria/article/view/2354/1589>
- Lopes, P., Barreira, D., & Pires, A. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de gênero na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 47-57. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36220104>
- Marques, J. F. P. (2018). *Luto Patológico – Revisão baseada na melhor evidência* [Trabalho Final de Mestrado Integrado em Medicina]. Repositório Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/42230/1/JoanaPMarques.pdf>
- Mortby, M. E. & Anstey K. J. (2015). Mental Health and Aging. *Encyclopedia of Geropsychology*. 10.1007/978-981-287-080-3\_1-1
- Mota, E. A. C. & Miranda, E. B. M. (2021). Atuação do Psicólogo no manejo das pessoas com Demência. *UNIFUCAMP*, 1-27.

<http://repositorio.fucamp.com.br/bitstream/FUCAMP/539/3/Atuacaodopsicologo.pdf>

- Murcho, N., Pacheco, E. & Neves de Jesus, S. (2016). Transtornos Mentais Comuns nos Cuidados de Saúde Primários: Um Estudo de Revisão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (15), 30-36. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0129>
- Nascimento, D. C., Brito, M. A. C. & Santos, A. D. (2013). Depressão em idosos residentes em uma instituição asilar na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. *Revista J Manag Prim Health Care*, 4(3) 146-150. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v4i3.182>
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34. Retirado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2006000100005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000100005&lng=pt&tlng=pt).
- Nogueira, J., Freitas, S., Duro, D., Tábuas-Pereira, M., Guerreiro, M., Almeida, J. & Santana, I. (2018). Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer - Subescala Cognitiva (ADAS-Cog): Dados Normativos para a População Portuguesa. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 31(2), 94-100. <https://doi.org/10.20344/amp.8859>
- O'Brien, J. T. & Thomas, A. (2015). Vascular dementia. *Influential Publications*, 15(1), 101-109. <https://focus.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/appi.focus.15104>
- OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- Oliveira, L. & Gonçalves, J. R. (2020). Depressão em Idosos Institucionalizados: Uma Revisão de Literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 3(6). <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/110/177>

- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). *Código Deontológico*.  
[https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web\\_cod\\_deontologico\\_pt\\_revisao\\_2016\\_1.pdf](https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016_1.pdf)
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). *Envelhecimento Saudável qual o papel do Psicólogo*.[https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psis\\_18\\_digital\\_vf.pdf](https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/psis_18_digital_vf.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15\\_01\\_por.pdf?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15_01_por.pdf?sequence=6)
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base*.  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56991/9789275726754\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56991/9789275726754_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Papalia, D. E. & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12ª ed.). AMGH Editora Ltda. <https://www.obbiotec.com.br/wp-content/uploads/2022/04/OBJ-livro-Desenvolvimento-Humano.pdf>
- Paradela, E. M. P. (2011). Depressão em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10(2). <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8850/6729>
- Powell, V. B, Abreu, N., Oliveira, I. R. & Sudak, D (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Braz. J. Psychiatry*, 30. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004>
- Rascovsky, K., Hodges, J. R., Knopman, D., Mendez, M. F., Kramer, J. H. Neuhaus, Swieten, J. S. V., Seelaar, H., Doppert, E. G. P., Onyike, C. U., Hillis, A. E., Josephs, K. A., Boeve, B F., Kertesz, A., Seeley, W. W., Rankin, K. P., Johnson,

- J. K., Gorno-Tempini, M. L., Rosen, H., Prioleau-Latham, C. E., Lee, A., Kipps, C. M., Lillo, P., Piguet, O., Rohrer, J. D., Rossor, M. N., . . . Miller, B. L. (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain a Journal of Neurology*, *134*, 2456–2477. <https://shre.ink/2Psv>
- Rebello, E. & Passos, J. S. (s.d.). Erikson e a Teoria Psicossocial do Desenvolvimento. <https://josesilveira.com/wp-content/uploads/2018/07/Erikson-e-a-teoria-psicossocial-do-desenvolvimento.pdf>
- Reddon, J. R. & Helmes, E. (1993). A Perspective on Developments in Assessing Psychopathology: A Critical Review of the MMPI and MMPI-2. *Psychological Bulletin*, *113*(3), 453-471. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.3.453>
- Rogers, C. & Stevens, B. (1991). De Pessoa para Pessoa – O problema do Ser Humano (2ª ed.). Novos Ubrais. <https://gmeaps.files.wordpress.com/2014/02/carl-rogers-e-barry-stevens-de-pessoa-para-pessoa-original.pdf>
- Román, G. C. (2005). Vascular dementia: distinguishing characteristics, treatment, and prevention. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*(5), 285-290.
- Rosen, W. G., Mohs, R. C., Davis, K. L. (1984). A New Rating Scale for Alzheimer's Disease. *Am J Psychiatry* *141*(11), 1356-1364. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.11.1356>
- Salsinha, H. & Colaço, N. (2010). Técnica projectiva de Rorschach. *O portal dos Psicólogos*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0193.pdf>
- Santos, A. J., Nunes, B., Kislaya, I., Gil, A. P., Ribeiro, O. (2019). Estudo de validação em Portugal de uma versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica. *Análise Psicológica*, *3*(37), 405-415. [https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7205/1/AP\\_37%283%29\\_405.pdf](https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/7205/1/AP_37%283%29_405.pdf)

- Sequeira, C., Lange, C., Sousa, L & Llano, P. (2018). *Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental* (2ª ed.). <https://www.researchgate.net/publication/323323078>
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Silva, A. I. M. (2022). Psicologia social do envelhecimento. In B. L. S. B. Catapan (Organizadora), *Ciências da saúde e seus estudos atuais* (Cap. 10, vol. 1, pp 134-147). <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/12167/1/Psicologia%20Social%20do%20envelhecimento.pdf>
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., Cotrim, T., Silvério, J. & Nossa, P. (2006). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire COPSOQ*. Análise Exacta - Consultadoria, Formação e Edição de livros. [https://aciff.pt/uploads/Copenhagen%20psychosocial%20questionnaire\\_COPSOQ.pdf](https://aciff.pt/uploads/Copenhagen%20psychosocial%20questionnaire_COPSOQ.pdf)
- Silva, J., Queiroz, J. K. C., & Podmelle, R. M. (2021). Qualidade de vida de cuidadores formais e informais de idosos. *Envelhecimento Humano: Desafios Contemporâneos*, 03. 245-255. <https://doi.org/10.37885/210504482>
- Simões, A. S. L. (2013). Cuidados em Fim de Vida em Lares de Idosos. Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem* 17(1), 31-61. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23910/1/PE17-1\\_31\\_61.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23910/1/PE17-1_31_61.pdf)
- Souza, C. P., Callou, V. T. & Moreira, V. (2013). A questão da psicopatologia na perspectiva da abordagem centrada na pessoa: diálogos com Arthur Tatossian. *Revista abordagem gestalt*, 19(2). [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672013000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200006)

- Souza, L. C., Hosogi, M. L., Machado, T. H., Carthery-Goulart, M. T., Yassuda, M. S., Smid, J., Barbosa, B. J. A. P., Schilling, L. P., Balthazar, M. L. F., Frota, N. A. F., Vale, F. A. C., Caramelli, P., Bertolucci P. H. F., Chaves, M. L. F., Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Bahia, V. S. & Takada, L. T. (2022). Diagnóstico da demência frontotemporal: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dement Neuropsychol*, 16(3), 40-52.  
<https://www.scielo.br/j/dn/a/W3TnmMDF38b583cQtbVFyFc/?format=pdf&lang=pt>
- Stella F., Caetano, D., Pacheco, J. L., Sé, E. V. G. & Lacerda, A. L. T. (2006). Factors influencing psychotropic prescription by non-psychiatrist physicians in a nursing home for the elderly in Brazil. *São Paulo Medical Journal*, 124(5), 253-6.  
<https://www.scielo.br/j/spmj/a/kvq7JdgRpMfL8XPz8m4cDvf/?format=pdf&lang=en>
- Teixeira P. (2006). Envelhecendo Passo a Passo. *O portal dos Psicólogos*.  
<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0283.pdf>
- Tomé, A. M. & Formiga, N. S. (2020). Teorias e perspectivas sobre o envelhecimento: conceitos e reflexões. *Society and Development*, 9(7), 1-28.  
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4589>
- United Nations. (2023). *World Social Report 2023: Leaving no one behind in an ageing world*.  
[https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2023/01/WSR\\_2023\\_Chapter\\_Key\\_Messages.pdf](https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2023/01/WSR_2023_Chapter_Key_Messages.pdf)

- Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento Psicossocial (Erik Erikson)*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/13864.pdf>
- Vieira, A. (2019). Aging and Bioethics. *Gazeta médica* (3)6. Retirado de <https://gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/view/278/161>
- Vladimirovna, K. S. (2023, 19 de julho). *Mental development in old age and aging periods*. [Paper presentation]. Proceedings of International Conference on Modern Science and Scientific Studies, Paris, France. Retirado de <https://econferenceseries.com/index.php/icmsss/article/view/2453/2395>
- Voirol, M., Hipólito, J. (1998). O Relaxamento Centrado no Cliente no Tratamento da Síndrome do Cólon Irritável. *A Pessoa como Centro - Revista de Estudos Rogerianos*, 2, 7-15.
- Warner, M. S. (2006). Toward an Integrated Person-Centered Theory of Wellness and Psychopathology, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 5(1), 4-20. DOI: 10.1080/14779757.2006.9688389
- Wolkenstein, L., Zwick, J. C., Hautzinger, M. & Joormann, J. (2014). Cognitive emotion regulation in euthymic bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 160, 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.022>
- World Health Organization. (2018) *ICD-11 Reference Guide*. [https://faculty.ksu.edu.sa/sites/default/files/icd-\\_11\\_2018.pdf](https://faculty.ksu.edu.sa/sites/default/files/icd-_11_2018.pdf)
- World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing Baseline Report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- World Health Organization. (2022). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

- World Health Organization. (2022b). *World Population Prospects 2022*.  
[https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022\\_summary\\_of\\_results.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf)
- Xavier, G.B., Carvalho, M.E.S., Araújo, V.A., Gomes, L.S., Neves, A.L.A. & Nunes, J.O. (2022) Evidências e novas perspectivas no tratamento da doença de Alzheimer. *Brazilian Journal of Development*, 8(11), 72922-72940.  
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/54119/40110>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., Leirer, V. O. (1983). Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a preliminary report. *J. psychial. Res*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Yimam K., Kebede, Y. & Azale, T. (2014). Prevalence of Common Mental Disorders and Associated Factors among Adults in Kombolcha Town, Northeast Ethiopia. *Journal of Depression and Anxiet*, 1(7), 1-6. <https://shre.ink/2RWW>